

**Univerzita Karlova  
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Ergoterapie



**Jana Račanová**

**Nástroje na hodnocení struktury dne v ergoterapii**

Instruments for evaluation of the structure of the day in the occupational therapy

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Bc. Zuzana Rodová, M.Sc.

Praha, rok 2023

## **PODĚKOVÁNÍ**

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce, paní Bc. Zuzaně Rodové, M.Sc., za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky a podněty a také za věnovaný čas.

Poděkování také patří všem, kteří se podíleli na zpětném překladu dotazníku OBQ11, a pacientům za jejich ochotu zapojit se do testování OBQ11.

## **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité literární zdroje. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 24. 11. 2023

.....

Jana Račanová

## **IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM**

RAČANOVÁ, Jana. *Nástroje na hodnocení struktury dne v ergoterapii. [Instruments for evaluation of the structure of the day in the occupational therapy]*. Praha, 2023. 93 s., 8 příloh. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí závěrečné práce Bc. Zuzana Rodová M.Sc.

## **ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**Jméno, příjmení:** Jana Račanová

**Vedoucí práce:** Bc. Zuzana Rodová, M.Sc.

**Název bakalářské práce:** Nástroje na hodnocení struktury dne v ergoterapii

### **Abstrakt bakalářské práce:**

Bakalářská práce je teoreticko-praktická. Práce shrnuje základní informace o nástrojích, které jsou využívány v ergoterapii pro vyšetření struktury dne a oblasti s ní spojené. Právě struktura dne je důležitou položkou ergoterapeutického vyšetření a spolu s dalšími vyšetřeními oblastmi pak umožňuje ergoterapeutovi holistický pohled na pacienta. Vyšetření všech faktorů, které mohou ovlivňovat zdraví jedince, je zásadní pro stanovení vhodných terapeutických plánů a cílů. Proto teoretická část obsahuje kapitoly pojednávající o pojmech, které souvisí se strukturou dne a které by v ergoterapeutické praxi neměly být opomíjeny. Popsány jsou jak základní pojmy profese (zaměstnávání, činnosti, zvyky), tak i pojmy jako participace, rovnováha zaměstnávání, role atd. Zároveň práce obsahuje stručné informace o modelech, které pojednávají o dané problematice.

Cílem praktické části je překlad jednoho z nástrojů, konkrétně Occupational Balance Questionnaire 11, OBQ11 (Dotazník rovnováhy zaměstnávání), a jeho vyzkoušení v běžné ergoterapeutické praxi u pacientů s rozdílnou diagnózou. Zpracováno bylo 6 kazuistik, které shrnují základní informace o pacientech, poznatky z testování dotazníku OBQ11 a doporučení pro další intervence na základě získaných dat z dotazníku OBQ11. Během testování byly vyzkoušeny různé způsoby vyplňování dotazníku. Dále je bakalářská práce doplněna o zpětnou vazbu od pacientů a doporučení pro práci s dotazníkem. OBQ11 se zdá být jako přínosný ergoterapeutický nástroj pro hodnocení subjektivního vnímání spokojenosti s množstvím a variabilitou aktivit. U nástroje není nutná kulturní adaptace, je tedy možné jej používat v Česku bez dalších úprav.

**Klíčová slova:** ergoterapie, zaměstnávání, rovnováha zaměstnávání, struktura dne, hodnocení

## **BACHELOR THESIS ABSTRAKT**

**Name, Surname:** Jana Račanová

**Supervisor:** Bc. Zuzana Rodová M.Sc.

**Title:** Instruments for evaluation of the structure of the day in the occupational therapy

### **Abstract:**

The bachelor thesis is theoretical-practical. The thesis summarizes the basic information about the tools used in occupational therapy to evaluate the structure of the day and the areas related to it. It is the structure of the day that is important component in the occupational therapy assessment and together with the other areas assessed it allows the occupational therapist to take a holistic view of the patient. Assessing all of the factors that may be affecting an individual's health is essential for setting appropriate therapeutic plans and goals. Therefore, the theoretical part includes chapters dealing with concepts related to the structure of the day that should not be overlooked in occupational therapy practice. Basic concepts of the profession (occupation, activities, habits) as well as concepts such as participation, occupational balance, roles, etc. are described. At the same time, the work includes brief information about models that address the issue.

The aim of the practical part is to translate one of the instruments, namely the Occupational Balance Questionnaire 11 (OBQ11), and to test it in a standard occupational therapy practice with patients with different diagnoses. Six case studies were written that summarize background information about the patients, findings from the testing of the OBQ11, and recommendations for follow-up interventions based on the data collected from the OBQ11. Different options of completing the questionnaire were tried during testing. Furthermore, the bachelor thesis also includes feedback from patients and recommendations for using the questionnaire. The OBQ11 seems to be a useful occupational therapy tool for assessing subjective perceptions of satisfaction with the amount and variability of activities. No cultural adaptation is required for the instrument, so it can be used in Czechia without further adaptation.

**Key words:** occupational therapy, occupation, occupational balance, structure of the day, assessment



## Obsah

ÚVOD .....	1
1 TEORETICKÁ ČÁST .....	3
1.1 Ergoterapie.....	3
1.2 Termíny související se strukturou dne.....	4
1.2.1 Struktura dne .....	4
1.2.2 Zaměstnávání .....	5
1.2.3 Činnost a aktivita.....	8
1.2.4 Rovnováha zaměstnávání (Occupational Balance).....	9
1.2.5 Nerovnováha zaměstnávání.....	10
1.2.6 Zvyky .....	11
1.2.7 Rituály .....	13
1.2.8 Role .....	13
1.2.9 Participace .....	14
1.3 Modely pojednávající o struktuře dne .....	16
1.3.1 Model lidského zaměstnávání .....	16
1.3.2 Model Value and Meaning in Occupations (ValMO).....	16
1.4 Nástroje hodnotící strukturu dne v ergoterapii .....	18
1.4.1 Dotazník rovnováhy zaměstnávání (Occupational Balance Questionnaire, OBO11) 18	
1.4.2 The Satisfaction with Daily Occupations (SDO).....	19
1.4.3 The Satisfaction with Daily Occupations and Occupational Balance (SDO-OB) 20	
1.4.4 Occupation Value Assessment (OVal-pd) .....	20
1.4.5 Life Balance Inventory (LBI).....	21
1.4.6 Rozhovor .....	22
1.4.7 Deník pro záznam denních aktivit (Log of daily activities, Activity Log) .....	23
2 PRAKTICKÁ ČÁST .....	25
2.1 Definice problému .....	25
2.2 Cíle praktické části .....	25
2.3 Postup realizace teoretické části .....	25
2.4 Postup realizace praktické části .....	26
2.4.1 Kontaktování autorek .....	26
2.4.2 Postup překladu .....	27



2.4.3	Pilotáž.....	29
2.4.4	Kritéria výběru pacientů.....	29
2.4.5	Testování dotazníku s pacienty .....	30
2.4.6	Metody sběru dat.....	30
2.5	Kazuistiky.....	31
2.5.1	Kazuistika č. 1.....	31
2.5.2	Kazuistika č. 2.....	34
2.5.3	Kazuistika č. 3.....	36
2.5.4	Kazuistika č. 4.....	39
2.5.5	Kazuistika č. 5.....	42
2.5.6	Kazuistika č. 6.....	45
2.6	Práce s dotazníkem OBQ11.....	48
2.6.1	Bodování .....	48
2.6.2	Analýza výsledků .....	48
2.6.3	Výhody OBQ11.....	49
2.6.4	Nevýhody OBQ11.....	49
2.6.5	Zpětná vazba od pacientů.....	50
2.6.6	Využití OBQ11 .....	50
2.7	Doporučení pro práci s dotazníkem.....	50
3	DISKUZE .....	52
4	ZÁVĚR .....	59
5	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	61
6	SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ .....	67
7	SEZNAM ZKRATEK .....	68
8	SEZNAM PŘÍLOH.....	70
9	PŘÍLOHY .....	71

## ÚVOD

Bakalářská práce nesoucí název *Nástroje na hodnocení struktury dne v ergoterapii* je zaměřená na zmapování nástrojů, kterými lze v ergoterapii vyšetřit strukturu dne a jiné oblasti související s denním režimem. Nepopisuje jen oficiální nástroje, ale také metodu pro získání dat formou rozhovoru nebo zaznamenáváním jednotlivých aktivit. Pro kontext je důležité vymezení základních pojmů relevantních pro téma této bakalářské práce. Proto teoretická práce vysvětluje ergoterapeutické pojmy jako je zaměstnávání, rovnováha zaměstnávání, zvyky, role, participace a jiné. Všechny tyto faktory totiž ovlivňují strukturu dne a je tedy velmi důležité brát je v úvahu v rámci ergoterapeutického vyšetření i v samotných intervencích. Zároveň však mnoho ergoterapeutických pojmů vyskytujících se v této práci nemá stále sjednocenou definici.

Všechny pojmy, o kterých pojednává bakalářská práce, jsou důležité pro komplexnější vyšetření zaměřené primárně na denní režim, což umožňuje holistický pohled na jedince a vede ke kvalitnějším intervencím. Akselrud (2023) popisuje holistický přístup tak, že ergoterapeut využívá metody, které léčí nejen symptomy, ale i duši, mysl a tělo. Dle Fields a Smallfield (2022) má ergoterapie jedinečné předpoklady k tomu, aby se zabývala sebeřízením z holistické perspektivy, přičemž bere v úvahu vnitřní faktory jedince (kognitivní, psychické, fyzické, sensorické, emocionální a duchovní) a vnější vlivy (kulturní, sociální, kapitál a sociální podpora, zastavěné a přírodní prostředí, politika) a zároveň zohledňuje i neméně důležité role a činnosti, kterých se jedinec účastní.

Pro kvalitnější získání informací, díky kterým lze stanovit relevantní plány a cíle intervencí pro daného pacienta, je téměř nutností zařadit do vyšetření oficiální, reliabilní a validní nástroje. Do českého jazyka však nebyl zatím přeložen žádný nástroj, který by byl zaměřený na strukturu dne nebo oblast s ní spojenou. Proto v rámci praktické části byl proveden překlad dotazníku hodnotící rovnováhu zaměstnávání z anglického jazyka do českého jazyka. Dotazník nesoucí oficiální název Occupational Balance Questionnaire (OBQ11) získává data o tom, jak jedinec vnímá subjektivně spokojenost s množstvím a variabilitou zaměstnávání (Håkansson, Wagman a Hagell, 2020). Právě vyvážená kombinace každodenních činností je stěžejní pro zdraví jedince a zlepšení kvality života (Pilegaard, 2022). Rovnováha zaměstnávání je pozitivně spojena s osobním zdravím, pocitem štěstí a well-

beingem. Naopak tedy může být nerovnováha zaměstnávání příčinou nemoci a stresu v důsledku nepřiměřené participace v zaměstnávání (Park et al., 2019).

Praktická část bakalářské práce popisuje proces překladu OBQ11 a jeho testování s 6ti pacienty, o kterých jsou informace získané z ergoterapeutického vyšetření shrnuté v krátkých diagnostických kazuistikách. Dále jsou sepsané informace o administraci dotazníku, jeho výhody a nevýhody a doporučení pro práci s ním.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Ergoterapie

*„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoliv věku s různým typem postižení. Pojmem zaměstnávání jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho životního stylu a identity.“* (Česká asociace ergoterapeutů, 2008)

Dle Hattjar (2019) je působnost profese široká, protože terapeuti pracují s lidmi napříč všemi věkovými kategoriemi a s jedinci, u nichž se vyskytují různé problémy či omezení. Radomski a Rombly (2014) píší, že ergoterapeuti pracují s jedinci, u nichž nastala nebo hrozí významná dysfunkce ve výkonu zaměstnávání v důsledku změn ve fyzické, kognitivní, emocionální nebo sociální oblasti nebo v jejich prostředí. Úkolem ergoterapeuta je pomoci člověku zvládnout tyto změny a znovu si vybudovat přijatelnou identitu v zaměstnávání (occupational identity).

Už od počátku profese je významným charakteristickým prvkem ergoterapie podpora zdraví a well-being pacientů. Crepeau et al. (2009) definuje well-being jako úroveň, do které jednotlivci pociťují vitalitu a spokojenost se svým životem a životními okolnostmi; subjektivní vnímání kvality výkonu zaměstnávání. To se může projevovat trvalou podporou úsilí a zvyšováním úrovně nezávislosti a soběstačnosti pacienta, což se dále pozitivně odráží ve zvýšení kvality života pacienta (Hattjar et al., 2019).

*„Ergoterapie je profese, která se zaměřuje na podporu zdraví a celkové pohody jedince prostřednictvím zaměstnávání. Primárním cílem ergoterapie je umožnit lidem účastnit se každodenních aktivit. Ergoterapeuti dosahují tohoto cíle tak, že se snaží pomoci lidem provádět činnosti, které zvyšují možnost jejich začlenění (participace), nebo přizpůsobují prostředí podporující participaci osoby.“* (World Federation of Occupational Therapists, 2002)

V ergoterapii se využívá přístup zaměřený na člověka, kdy se respektuje jeho autonomie a individualita, což souvisí také s holistickým přístupem. Pacient je brán jako partner při plánování cílů terapie. Tento pohled na pacienta vychází z humanistické psychologie, jejími hlavními představiteli jsou Abraham Maslow a Carl Rogers. Ergoterapie pracuje s velkým významem zaměstnávání na zdraví a duševní pohodu člověka, kdy mezi

těmito položkami existuje spojení (Krivošíková, 2011). Dle Jelínkové, Krivošíkové a Šajtarové (2009) je nutné, aby ergoterapeut během terapií bral ohled na osobní potřeby a životní styl pacienta, s čím souvisí výběr činností, které jsou pro daného pacienta smysluplné a nezbytné pro naplnění sociálních rolí a pro participaci do plnohodnotného života. Zvolené terapeutické činnosti by proto měly vždy přispívat ke zlepšení celkového zdravotního stavu a kvality života pacienta. Dále je velmi důležité, aby vždy zohledňovaly osobní, sociální, kulturní a ekonomické potřeby jedince a podmínky prostředí, ve kterém žije.

## **1.2 Termíny související se strukturou dne**

### **1.2.1 Struktura dne**

Strukturu dne ovlivňují každodenní činnosti, které se dennodenně opakují v přibližně stejný čas, a také vzorce chování. Struktura dne je u každého jedince individuální. Ovlivněna je pohlavím, věkem, etnicitou, sociální třídou, rolí, bohatstvím a zkušenostmi v průběhu života. Odráží se na ní rovnováha nebo naopak nerovnováha každodenních činností, volnočasových aktivit, zaměstnání, ale také zdravotní stav či aktuální nálada. Vzorce chování, v menší míře zastoupení určitých každodenních činností, a s nimi tedy i struktura dne se postupně v průběhu života mění podle období ontogenetického vývoje, ale i spontánně jako důsledek nějaké životní změny (nemoc, úraz, změna zaměstnání, rodičovství, atd.).

Každodenní život se skládá ze zapojení se do úkolů vedoucí k vykonávání činností, které jsou vyžadované zaměstnáváním. Každý den vykonáváme nespočet úkolů, které nám umožňují vykonávat činnosti. Spíme, myjeme se, vaříme, staráme se o dítě nebo domácí mazlíčky, pracujeme, studujeme, hrajeme si, mluvíme, stýkáme se s lidmi, čteme noviny, sledujeme televizi, posloucháme rádio, tvoříme a věnujeme se široké škále dalších činností, které nám pomáhají plnit naše rozmanitá zaměstnávání (Christiansen et al., 2003).

Rovnováha zaměstnávání souvisí se strukturou dne, která je pro každého člověka velmi důležitá. Právě pravidelnost, kterou poskytuje, dodává životu určitou předvídatelnost a stabilitu. Především návyky zajišťují pravidelnou strukturu dne. Ty nám usnadňují vykonávat pravidelné činnosti v každodenním životě bez většího úsilí a koncentrace, protože jsou již zautomatizované. Avšak jedinci, jejichž zdravotní stav se znenadání změnil a kteří se musí vyrovnávat s disabilitou, se potýkají s novými odlišnostmi ve struktuře dne, což s sebou nese i změnu rovnováhy zaměstnávání.

Tempo každodenního života se zrychluje, což ovlivňuje i strukturu dne. Úsilí koordinovat své každodenní činnosti komplikuje například práce rozdělená do směn nebo práce na částečný úvazek. Díky rutinám může být každodenní život více předvídatelný a tudíž lépe zvládnutelný. Struktura dne se liší u každé skupiny lidí, je tedy individuální.

Důvody, proč se v různých sociálních kontextech objevují společné časové vzorce, mohou být jak na individuální, tak na systémové úrovni. Na individuální úrovni hraje významnou roli cirkadiánní rytmus pro udržení rovnováhy mezi spánkem a bděním. Vytváří tak předvídatelné vzorce chování. Ostatní biologické potřeby, jako například stravování, se také promítají do struktury dne, protože většina lidí se stravuje pravidelně. Výhodou předvídatelných vzorců chování je, že jedince zapojují do větších sociálních systémů, ale také jejich větší předvídatelnost v každodenním životě, která je psychologicky výhodnější a méně kognitivně náročná než každodenní realizace zcela odlišných sledů chování. Kromě těchto endogenních sil na úrovni jednotlivce je přítomnost společných vzorců chování výhodná i pro větší sociální celky, jako jsou například tržní systémy (Vagni a Cornwell, 2018).

Na druhou stranu několik relativně nedávných společenských trendů může představovat výzvu pro udržení normalizovaných vzorců chování. Například rostoucí využívání nových informačních a komunikačních technologií usnadňuje lidem plánování a koordinaci na poslední chvíli, což může snížit předvídatelnost sekvencí jejich činností. Za druhé, multikulturalismus a globalizace zvyšují rozmanitost trhů, kulturních tradic a rituálů, čímž potenciálně zvyšují variabilitu v zastoupení určitých sekvencí jak v rámci společnosti, tak mezi společnostmi. A nakonec, vzestup flexibilní výroby, 24hodinové trhy a další makroekonomický vývoj vedly ke vzniku flexibilnějších, nestandardních pracovních uspořádání, která snižují převahu kdysi běžných režimů pracovního a rodinného harmonogramu. Zůstává otevřenou otázkou, zda tento vývoj nebo jiné individuální či sociální faktory brání rozvoji pravidelných vzorců každodenní činnosti (Vagni a Cornwell, 2018).

### **1.2.2 Zaměstnávání**

Molineux (2017) popisuje zaměstnávání jako zkušenosti lidí, které vyžadují aktivní zapojení, mají účel a smysl a jsou zasazeny do kontextu. V rámci ergoterapie a vědy v zaměstnávání je zaměstnávání definováno různými autory odlišně, přičemž tato rozdílnost je způsobena stále se vyvíjejícím chápáním tohoto pojmu.

*„Soubor činností, které mají osobní a sociokulturní význam, jsou pojmenovány v rámci kultury a podporují participaci ve společnosti. Zaměstnávání lze rozdělit do kategorií péče o sebe, produktivita a/nebo volný čas.“ (Creek, 2010)*

Christiansen et al. (2003) popisuje zaměstnávání jako proces, který se projevuje určitou formou fyzické nebo mentální (emocionální/kognitivní) „aktivity“. Je to aktivní proces v tom smyslu, že zabírá čas a prostor a vyžaduje vynaložení různého stupně energie, zájmu a pozornosti. Duševní a fyzická činnost mohou existovat současně nebo izolovaně. Zaměstnávání v pojetí aktivní činnosti vyžaduje využití našich vrozených schopností a dovedností. Rozsah a kombinace využívání těchto vlastností se liší nejen mezi jednotlivými osobami, ale také mezi jednotlivými zaměstnáváním a také mezi různými případy téhož zaměstnávání. Určité úsilí bylo vynaloženo na odlišení zaměstnávání od činností, které jsou aktivní, ale postrádají významný účel a/nebo smysl, nebo nejsou pojmenovány stejným způsobem jako zaměstnávání.

Úkoly jsou chápány jako prostředek k provádění činností, které tvoří zaměstnávání. Zaměstnávání, která vykonáváme každý den a v průběhu života, nás posilují, organizují náš život, umožňují nám navázat kontakt s naším prostředím, přizpůsobit se mu a mít nad ním určitý pocit kontroly. Dále nám dávají možnost vyjádřit se a pocit, kdo jsme. Naše každodenní zaměstnávání ovlivňují naše individuální životy, ale také naše komunity a kulturu (Christiansen et al., 2003).

Prostřednictvím participace v různých typech zaměstnávání vyjadřujeme sami sebe, nacházíme smysl svého života a přizpůsobujeme se životním výzvám. Naše „konání“ v různých zaměstnáváním je způsobem, jak uspokojovat naše základní potřeby (např. emocionální, přežití, seberealizace) a vyrovnávat se s požadavky prostředí (např. fyzickými, sociálními/kulturními očekáváními). Často se říká, že "jsme to, co děláme". V tomto smyslu znalost zaměstnávání, která si lidé každý den vybírají, ukazuje, jaký je jejich život ve skutečnosti, a poskytuje pohled na jejich skutečný životní styl a kulturu, a je toho také důkazem v průběhu času (Christiansen et al., 2003).

*„Zaměstnávání je aktivní účast člověka v oblastech sebeobsluhy, práce, hry a volného času. Vyžaduje integraci schopností, motivace a individuálních cílů člověka, který je ovlivňován prostředím, a tím může naplňovat své sociální role.“ (Krivošíková, 2011)*

Zaměstnávání umožňuje rozvoj dovedností nezbytných pro úspěšný život a poskytuje prostředky, které tyto dovednosti udržují. Dále také podněcuje využívání individuálních schopností a pomáhá jedinci v rozkvětu a dosáhnutí svého potenciálu (Molineux, 2017). V ergoterapii se pro zaměstnávání používá odborný termín oblast výkonu zaměstnávání, který se následně dělí na tři podskupiny, do kterých řadíme všední denní činnosti, práci a produktivní činnosti a hru a volný čas (AOTA, 1994 v Krivošíková, 2011). Zaměstnávání se v ergoterapeutické praxi využívá k dosažení nebo podpoře zdraví, k nápravě poruch nebo obnově schopnosti či dovednosti, k modifikaci nebo adaptaci výkonu, k udržení výkonostních schopností nebo k prevenci disability. Aby bylo zaměstnávání terapeutické, musí pacienta zapojit do aktivní participace, dále v něm musí vyvolat ochotu k participaci a mělo by být pro konkrétního jedince smysluplné (Radomski a Trombly, 2014).

### **1.2.2.1 Kategorie zaměstnávání (produktivita, volný čas, péče o sebe)**

Do kategorie **produktivity** lze zařadit profesi, seberozvoj, tj. škola, nebo přínos (sociální či ekonomický) pro společnost nebo pro ostatní. Produktivní zaměstnávání jsou v různých modelech kategorizována odlišně, ale mohou zahrnovat vzdělávání, dobrovolnictví nebo placené zaměstnání. V případě dětí může být hra považována spíše za produktivní zaměstnávání než za volnočasovou aktivitu, a to právě kvůli její zásadní roli, kterou má ve vývoji dítěte (Molineux, 2017).

**Volný čas** je kategorie zaměstnávání, která zahrnuje zaměstnávání týkající se zábavy a užívání si života. Tyto činnosti není člověk obvykle povinen vykonávat. Různé modely používají pro ně rozdílnou terminologii, ale obecně mezi volnočasová zaměstnávání patří hra, sport a četné aktivity, které jsou součástí společenského života (Molineux, 2017). Meriano a Latella (2016) popisují volný čas jako čas oproštěný od požadavků práce nebo povinností, kdy člověk může odpočívat, věnovat se koníčkům nebo sportu apod. Tyto činnosti mohou být chápány jako nepovinné aktivity, pro které je zásadní vnitřní motivace.

**Péče o sebe** (self-care) je důležitým pojmem v celé historii ergoterapie, ale každým ergoterapeutickým konceptem popisován trochu odlišně. Obecně lze ale činnosti, které do této kategorie patří, definovat jako činnosti zaměřené na péči o vlastní tělo. Patří sem především činnosti řazené mezi personální ADL, ale i instrumentální ADL. Každý koncept však zařazuje do kategorie péče o sebe jen určitý výčet položek z ADL. (Laposhka a Smallfield, 2020)



### 1.2.3 Činnost a aktivita

V rámci ergoterapeutických intervencí a také diagnostiky se ve většině případech využívají právě činnosti a zaměstnávání, které jsou nedílnou součástí ergoterapie. Tyto pojmy nemají stále sjednocenou definici, což může být občas příčinou záměny těchto pojmů nebo jejich nesprávného užívání.

Krivošíková (2011) zmiňuje, že pojem činnost je v ergoterapii hojně užíván už od počátku vzniku profese, není však synonymem termínu zaměstnávání, ale je jeho součástí. Zaměstnávání, stejně jako sociální role, jsou součástí identity. Činnosti jsou podmnožinou zaměstnávání, ale nesouvisí s identitou. Činnost je v ergoterapeutickém kontextu chápána jako soubor krátkodobých úkolů, kdy právě jejich vykonáváním se rozvíjí nebo naplňuje určitý cíl. Je vždy cílená, a to i tehdy, když není pro člověka významná. V ergoterapii je však snaha vybírat pouze ty činnosti, které jsou pro pacienta smysluplné. Jelínková, Krivošíková a Šajtarová (2009) popisují, že cíl není jediným zaměřením činnosti. Činnost má ještě druhé zaměření, a to je její vnímání jako nástroje/prostředku. Lze to chápat tak, že jedinec využije činnost k tomu, aby mohl dosáhnout dalšího cíle.

*„Strukturovaná řada akcí nebo úkolů, které se podílejí na výkonu zaměstnávání“* (Creek, 2010). Tak zní konsensuální definice činnosti v ergoterapii, která potvrzuje tvrzení, že činnost je dále složena z úkolů.

*„Každý jedinec má svou vlastní škálu činností, které společně tvoří individuální repertoár, který se během jeho života mění. Činnosti souvisí s osobními, sociálními, kulturními a ekonomickými potřebami jedince a vztahují se k věku, pohlaví, předchozím zkušenostem, současnému funkčnímu stavu, cílům a přáním člověka samotného a odráží faktory prostředí.“* (Krivošíková, 2011).

Jak bylo výše zmíněno, struktura dne je výrazně ovlivněna zaměstnáváním, které je tvořeno činnostmi. A stejně jako denní režim, i činnosti jsou během života obměňovány. *„Každý jedinec má svou vlastní škálu činností, které společně tvoří individuální repertoár, který se během života mění. Činnosti souvisí s osobními, sociálními, kulturními a ekonomickými potřebami jedince a vztahují se k věku, pohlaví, předchozím zkušenostem, současnému funkčnímu stavu, cílům a přáním člověka samotného a odráží faktory prostředí.“* (Krivošíková, 2011).

### 1.2.4 Rovnováha zaměstnávání (Occupational Balance)

O rovnováze zaměstnávání hovoříme tehdy, pokud jedinec subjektivně vnímá, že má správné množství zaměstnávání a správnou variabilitu mezi jednotlivými zaměstnáváním (produktivita, volný čas, péče o sebe). Pokud je člověk schopen podporovat vyvážený životní styl s odpovídající pozorností zaměřenou na všechny oblasti svého života, je pravděpodobné, že to pozitivně ovlivní jeho kvalitu života a duševní zdraví. Rovnováha zaměstnávání je tedy zásadní pro snížení stresu a podporu psychického zdraví.

Variabilitu v množství zaměstnávání lze chápat jako přiměřené množství zaměstnávání („ani příliš málo a ani příliš mnoho aktivit“) a usměrnění energie a času do všech/více typů zaměstnávání. Důležité je střídat fyzicky náročná zaměstnávání s odpočinkovými, fyzická s duševními a povinná s příjemnými. Zaměstnávání, která podporují relaxaci a zažívání radosti, mají obecně důležitý podíl na vnímání rovnováhy zaměstnávání. U lidí v produktivním věku má potenciální význam pro vnímání rovnováhy jejich práce. Přispívá k pocitu být potřebným, ale i u nepracujících lidí může mít podobnou funkci pravidelná participace na jiných typech zaměstnávání. Může také zahrnovat rozdíly v sociálním a geografickém kontextu (Eklund et al., 2016).

Rovnováha zaměstnávání je velmi důležitý pojem vědy o zaměstnávání (Occupational Science). Je vnímána jako rovnováha mezi různými oblastmi zaměstnávání a projevuje se velmi individuálně a subjektivně. Pro různé lidi a v odlišných kontextech má zcela jiný význam. Jednotlivec vnímá rovnováhu zaměstnávání v průběhu života odlišně na základě dynamických a měnících se priorit, požadavků a rolí. Rovnováha zaměstnávání souvisí s rolemi, rovnováhou mezi aktivitami, které člověk potřebuje dělat, a těmi, které dělat chce. Participace totiž může být záměrná (cílená), ale ne smysluplná pro plnění povinností a rolí. Záměrná participace v zaměstnávání poskytuje strukturu v životě, pocit smysluplnosti, kompetence a spokojenosti. Rovnováhu zaměstnávání je dále možné rozdělit na několik různých typů, jako je rovnováha mezi pracovním a soukromým životem, rovnováha mezi každodenním životem a životním obdobím, rovnováha mezi prvky života, rovnováha mezi úkoly a požadavky a rovnováha mezi potřebami a prioritami (Yazdai et al., 2018).

Håkansson, Dahlin-Ivanoff a Sonn (2006) zmiňují tři různé studie, které ukázaly rozdílné pojetí rovnováhy v populaci. Někteří lidé vnímají rovnováhu v každodenním životě, pokud nepocítují rozpor mezi svými zaměstnáváním. Pro jiné lidi znamená ideální rovnováha v každodenním životě zhruba vyrovnané zapojení do fyzických, duševních, sociálních

a odpočinkových zaměstnávání. A někdo vnímá rovnováhu v každodenním životě, když zažívá spokojenost s tím, jak strávil čas, a zároveň pociťuje zdraví a well-being (duševní pohodu).

*„Udržet si duševní pohodu vyžaduje rovnováhu mezi různými druhy zaměstnávání. To znamená, že pro člověka jsou důležité zvyky a rutinní činnosti, které kontrolují rytmus jeho dne. Zvyky a rutinní činnosti, které jsou vyváženě rozděleny mezi všední denní činnosti, produktivní činnosti a volnočasové aktivity, udržují jeho duševní pohodu. Zdravý jedinec je v případě potřeby schopen flexibilně upravit či přizpůsobit své zvyky a rutinu a ergoterapeut mu může být přitom nápomocen.“* (Krivošíková, 2011)

Yazday et al. (2018) popisují, že rovnováha zaměstnávání je tvořena řadou vnitřních a vnějších faktorů či prvků. Tyto prvky na sebe vzájemně působí a souvisejí s člověkem, rodinou, společností a prostředím. Některé z vnitřních faktorů souvisí s hodnotami, rolemi, identitou, prioritami, náhledem, kapacitou, důležitostmi, postojem člověka k životu, budoucími cíli, ambicemi a přáními, náboženstvím, volbami, rozhodnutími, očekáváními a diagnózou. Mezi vnější faktory patří rodinná výchova, kultura a společnost, normy, očekávání, standardy, profesní kultura, možnosti prostředí, podpora a zdroje. Vnitřní a vnější faktory se neustále pozměňují mezi osobními a sociálními prvky a vytvářejí tak koncept rovnováhy zaměstnávání.

Yazday et al. (2018) píše, že můžeme pozorovat pozitivní korelaci mezi rovnováhou zaměstnávání a duševní pohodou pacienta, která je základem pro spokojenost a pevné zdraví. Rovnováha zaměstnávání dává životu strukturu skrze participaci na různých typech zaměstnávání a poskytuje příležitosti k socializaci a zapojení se do okolního světa, což obohacuje život. Rovnováha poskytuje pocit radosti, úspěchu a hrdosti, což se promítá do celkového pocitu spokojenosti. Zároveň Eklund et al. (2016) hovoří o tom, že zvládnutí každodenního života a udržení vhodné rovnováhy zaměstnávání, je pro lidi v dnešní společnosti stále náročnější v důsledku vysokých nároků a multitaskingu nejen na pracovišti, ale také v rodinném či společenském životě.

### **1.2.5 Nerovnováha zaměstnávání**

Rovnováha zaměstnávání a duševní zdraví jsou dvě vzájemně propojená témata, kdy mnoho lidí má problém s jejich udržením. Bez správné rovnováhy mohou být lidé přetížení a vystaveni stresu, což může mít výrazný dopad na jejich duševní zdraví a celkovou kvalitu života. Håkansson a Ahlberg (2018) zmiňují, že nadměrná či naopak nedostatečná pracovní vytíženost je spojena s vyšším rizikem stresu. Lidé prožívají stres, když vnímají nepoměr mezi požadavky a jejich zdroji. Právě nerovnováha zaměstnávání a pociťovaný stres mohou být

provázané nebo překrývající se konstrukty, protože oba se vztahují ke zvládnání nároků každodenního života. To může znamenat, že vnímaný stres vysvětluje souvislost mezi nerovnováhou zaměstnávání a poruchami souvisejícími se stresem. Poruchy související se stresem se mohou projevovat nedostatkem energie pro práci, volný čas a přátele, nerovnováhou zaměstnávání v každodenním životě, nedostatečným zotavením po několika dnech volna. Podle Yazdani et al. (2018) může být nerovnováha zaměstnávání zapříčiněna požadavky a konflikty, nevyvážeností rolí, odpovědností, aktuálními prioritami, konfliktem mezi očekáváním a realitou či finančními nároky a povinnostmi.

Christiansen et al. (2003) popisuje, že nerovnováha v zaměstnávání souvisí s nespravedlností v zaměstnávání (occupational injustice). Nerovnováha zaměstnávání je dočasný koncept, protože se týká rozložení využití času pro určité účely a vychází z úvahy, že lidské zdraví a well-being vyžadují variabilitu pracovních a volnočasových zaměstnávání. V rámci jednotlivců může k nerovnováze zaměstnávání dojít například, když člověk nemá čas na jiná zaměstnávání než placenou práci, nebo naopak když rodinné a rodičovské povinnosti představují takovou zátěž, že člověk není schopen rozvíjet dovednosti nebo nemá dostatek času na placenou práci. Ve společnosti se nerovnováha zaměstnávání projevuje tehdy, když jsou někteří jedinci příliš zaměstnaní a jiní málo. V rámci trhu se tato konkrétní situace nazývá nadměrná zaměstnanost versus nedostatečná zaměstnanost nebo nezaměstnanost. Ačkoli individuální motivace, schopnosti a další osobní faktory mohou částečně vysvětlit nerovnováhu zaměstnávání, hierarchická klasifikace povolání je hnací silou trhu práce, v němž jsou lidé s určitými dovednostmi a znalostmi dobře placeni a mají dostatek práce, zatímco jiní mohou mít problém najít vhodnou práci, ve které by byli adekvátně finančně ohodnoceni. Výsledkem toho je rostoucí nerovnováha zaměstnávání, kdy jsou někteří lidé nadměrně zaměstnávání nebo profesně přetěžováni a jiní jsou zaměstnávání neuspokojivě nebo pociťují nedostatek v zaměstnávání (occupational deprivation).

### **1.2.6 Zvyky**

Molineux (2017) zmiňuje, že zvyky řadíme mezi automatické chování, které vyžaduje minimální nebo žádné vědomé plánování nebo provádění. Jsou velmi užitečné, pokud jsou integrovány do každodenního života způsobem, který usnadňuje výkon zaměstnávání a participaci v něm. Pokud však dominují v jednání jedince, spotřebovávají čas, který by mohl nebo měl být věnován zaměstnávání, nebo narušují vztahy, brzdí výkonu zaměstnávání a participaci. Eide, Josephsson a Vik (2017) popisují, že životní zvyky, mezi které patří každodenní činnosti a sociální role a kterých si osoba a její sociokulturní prostředí cení, bývají

často facilitátory vztahu mezi osobou a společností. Ovlivňují pozitivně participaci, jelikož právě tyto návyky zajišťují přežití, rozvoj a well-being osoby ve společnosti během celého jejího života.

*„Zvyky jsou sklony, které získáváme z předchozích opakování dějů nebo činností. Většinou fungují na podvědomé úrovni a ovlivňují široké spektrum vzorců chování v přirozeném a známém prostředí. Zvyky zahrnují také kognitivní zpracování, tj. mapa našich zvyků usměrňuje vnímání běžných událostí a s ní souvisejících činů.“ (Krivošíková, 2011)*

Creek (2010) popisuje znění konsensuální definice zvyku: *„Způsob vykonávání činnosti v každodenním životě získaný častým opakováním, které nevyžaduje pozornost a umožňuje efektivní fungování.“* Zároveň však Radomski a Trombly (2014) popisují, že tělesná disabilita může narušit zvyky, což následně vede k nutnosti větší pozornosti při vykonávání jednoduchých ADL. To pak může zapříčinit únavu, kterou pocítuje mnoho osob, u nichž dojde ke změnám v oblasti zvyků.

Každý člověk má svůj vlastní způsob vykonávání rutinních činností, jako je péče o tělo a oblékání, stlaní postele, příprava ranní kávy, venčení psa, placení účtů a chození do práce nebo do školy. Zvyky mohou odpovídat představám o správné etiketě nebo formě. Mohou odrážet způsob, jakým byl jedinec vychován rodičem nebo opatrovníkem. Mohou vycházet z toho, co je nejjednodušší a nejefektivnější. Ať už jsou důvody jakékoli, lidé mají tendenci pevně zakořenit ve svých konkrétních zvycích při vykonávání známých činností. Přestože navyklé způsoby téměř většiny aktivit zůstávají většinou nepovšimnuty, zvládnout den bez nich by bylo nesmírně obtížné (Kielhofner, 2008).

Kielhofner (2008) v svém modelu MOHO popisuje 3 vlivy zvyků:

- Zvyky ovlivňují způsob vykonávání rutinních činností.
- Zvyky upravují způsob, jakým se obvykle využívá čas.
- Zvyky vytvářejí typy chování, které charakterizují rozsah výkonů zaměstnávání.

Zvyky jsou získány na základě plasticity závislé na zkušenosti, jsou tedy naučené. Tento typ chování se může vyskytovat jak v průběhu dnů, tak i v průběhu let. A díky téměř automatické a podvědomé realizaci plně získaných zvyků je možné zaměření pozornosti na jinou oblast. Jedná se o strukturovanou sekvenci činností, která je náchylná k vyvolání určitým kontextem nebo podnětem (vnějším nebo vnitřním). Je již mnoho důkazů, že tato celá

řada chování zapojuje nervové dráhy mezi neokortexem, striatem a jinými částmi bazálních ganglií (Graybiel, 2008).

Graybiel (2008) zmiňuje, že zvyky, ať už se projevují v motorické nebo kognitivní činnosti, obvykle zahrnují soubor úkolů, který se obvykle projevuje jako celá behaviorální řada, jakmile je zvyk dobře ukotven. Ačkoli jsou návyky v každodenním životě výhodné, u neuropsychiatrických poruch, mezi které patří např. obsedantně - kompulzivní poruchy, schizofrenie, Tourettův syndrom a některé poruchy autistického spektra, mohou představovat dominantní a rušivé prvky.

### **1.2.7 Rituály**

Čin nebo řada činů, které mají zvláštní osobní, společenský, kulturní nebo náboženský význam. Ačkoli se může zdát, že se činnost (činnosti) podobá (podobají) jinému zaměstnávání, liší se od něj symbolickou povahou, kterou má pro jednotlivce nebo v daném sociokulturním kontextu. Rituály obvykle pozitivně přispívají ke zdraví a pohodě jedince, ale mohou také narušovat výkon zaměstnávání a participaci, pokud spotřebovávají velké množství času a úsilí nebo pokud je symbolika spojena s idiosynkratickými systémy víry, případně v důsledku duševní poruchy (Molinet, 2017).

### **1.2.8 Role**

Obecným cílem ergoterapie je pomáhat lidem při vykonávání smysluplných a účelných činností každodenního života. To zahrnuje umožnění jedinci účastnit se důležitých rolí v zaměstnávání (occupational roles). Je zjištěna totiž souvislost mezi naplňováním rolí zaměstnávání a životní spokojeností (Hemphill-Pearson, 2008). K úspěšnému naplňování rolí, ale i k duševnímu zdraví a úspěšnému zapojení do smysluplných zaměstnávání, také přispívá well-being v oblasti psychiky a sociální participace (AOTA, 2010 v Meriano a Latella, 2016).

Molinet (2017) popisuje roli dvěma způsoby. Prvně jako sociologický termín pro společensky uznávaný soubor chování, závazků, práv a povinností. Zároveň může být role chápána jako soubor zaměstnávání, který jedinec vykonává na základě společenských očekávání.

*„Role dávají smysl a identitu našemu chování a zajišťují strukturu a pravidelnost života. Představují uvědomění si sociální identity a s ní související smysl pro povinnost plynoucí z role (očekává se, že se člověk bude chovat určitým způsobem prostřednictvím rolí, které zastává). Role dává člověku „návod“ k pochopení jeho postavení v sociální situaci*

*a pro „hraní role“ tohoto postavení. Role ovlivňují způsob a obsah interakcí jedince s ostatními, lokalizují člověka v lidském světě sociálních vztahů.“ (Krivošíková, 2011)*

Narušení rolí a životní spokojenosti nastává, když u jedince vznikne disabilita, která si vyžádá neočekávané změny v jeho životním způsobu (zejména u jedinců, kteří prožijí náhlé traumatické zranění nebo onemocnění). Nejenže se musí vypořádat s okamžitou změnou výkonnostních schopností, ale také se musí vyrovnat s náhlou ztrátou jedné nebo více rolí, které tvoří důležitou komponentu jeho sebepojetí. Jedinci mohou při ztrátě rolí přijít o pocit vlastního já, protože ztráta může narušit sebedůvěru, vést k depresi a nedostatku motivace, a nakonec i zablokovat proces rehabilitace. Řešení problémů s naplňováním rolí je již dlouho považováno za významný úkol ergoterapeutů. V rámci ergoterapie mohou terapeuti pomáhat jedincům s maximálním zvýšením jejich schopnosti tím, že je naučí novým návykům a dovednostem, aby se mohli vrátit ke starým rolím nebo přijmout role nové (Hemphill-Pearson, 2008).

### **1.2.9 Participace**

Participace je definována jako zapojení osoby do životní situace. Pokud je osobě bráněno v zapojení se do životní situace, jedná se o omezení participace. Omezení v činnosti se projevuje jako obtíže při provádění jednotlivých úkolů. MKF se zabývá tím, jak se lidé účastní života, a faktory, které jejich účast ovlivňují. Faktory prostředí zahrnují fyzický, sociální a postojový kontext. Mezi osobní faktory patří charakteristiky osoby, které nejsou součástí jejího zdravotního stavu, jako je věk, pohlaví, atd. (Molineux, 2017). V MKF (2008) je participace definována jako zapojení do životních situací, ale tato klasifikace ignoruje komplexní interakční procesy a subjektivní prožívání participace. Dále nezahrnuje sociální vztahy a zapojení lidí do společnosti. Participaci lze také popsat jako smysluplné zapojení, sociální vazby, volbu, kontrolu, přístup a příležitosti.

Eide, Josephsson a Vik (2017) zmiňují, že participace je mnohorozměrný pojem s různým uplatněním a významem. Je to dynamický proces vytvořený osobou a jejím aktuálním prostředím, proto bude vždy variabilní a modifikovatelný. Participace zahrnuje vnitřní předpoklady, mezi které řadíme vůli, způsobilost se zapojit, a vnější podmínky, jako je dostupnost a příležitost. Participace je zásadní pro prevenci a řešení marginalizace lidí s disabilitou, kdy je velmi důležité, aby se tito jedinci účastnili každodenních činností, mezi které řadíme práci, volný čas a péči o sebe. Plnohodnotná a efektivní participace a začlenění do společnosti patří mezi lidská práva. Důležitými faktory, které k tomu přispívají, jsou dostupné a adaptabilní fyzické prostředí a postoje ostatních. Ve zdravotnictví mezi ně určité

patří dobrá informovanost, zapojení pacienta do procesu léčby/rehabilitace skrze jeho vlastní rozhodování nebo společné rozhodování se zdravotníkem a podílení se na kontrole jeho individuálního léčebného/rehabilitačního plánu. Dále je jedinec také zodpovědný za vyhledávání a získání odborné pomoci, kterou potřebuje.

Green (2020) popisuje, že participace je složená ze dvou koncepčních elementů: (1) účast, která je definována jako "být tam", a je měřena jako počet návštěv a/nebo rozsah či diverzita aktivit, a (2) zapojení, definované jako zkušenost s participací během účasti. Zapojení může zahrnovat prvky angažovanosti, vytrvalosti, sociálního kontaktu a míry ovlivnění. Toto rozdělení konstruktů participace na dvě základní složky má zásadní význam pro jasnější porozumění ergoterapeutů zkušenostem lidí a účinků na intervence.

Dle Meriano a Latella (2016) je sociální participace významnou oblastí zaměstnávání a výkonu v rámci ergoterapeutické praxe. Činnosti sociální participace jsou aktivity spojené s uspořádanými vzory chování, které jsou charakteristické pro interakci jedince s ostatními v rámci daného sociálního systému. Lidé rozvíjejí určité aspekty své vlastní sociální identity prostřednictvím inkluze do různých skupin a afiliací. Člověk si například může vybírat společenské aktivity na základě víry, politických stran, občanských aktivit a osobních zájmů. Významné vztahy, jako jsou vztahy s rodiči, intimním partnerem, manželem či manželkou, sourozenci, prarodiči a spolupracovníky, mají potenciál ovlivňovat sociální identitu a sebepojetí jedince v průběhu celého života. Dle Zemke (1996) vede pravidelná participace v několika typech činností na různých místech k setkávání se s odlišnými skupinami lidí a tím dochází i k navázání nových kontaktů a případnému vybudování vztahů. To vše vede k rozvoji sociálních dovedností. Proto je velmi důležité, aby všichni lidé měli rovnocennou možnost participace.

Ergoterapie nabízí jedinečné pochopení a soubor znalostí pro sociální participaci. Je obecné doporučení, aby ergoterapeuti hodnotili sociální participaci a fungování rolí v rámci komunity, rodiny a vzájemných vztahů mezi vrstevníky a přáteli. Intervenční metody sociální participace mohou být založeny na zaměstnávání a/nebo cílených aktivitách, které mohou mít přípravný, edukační a/nebo konzultační charakter (Meriano a Latella, 2016).



## 1.3 Modely pojednávající o struktuře dne

### 1.3.1 Model lidského zaměstnávání

Koncepční model praxe, který vytvořil Gary Kielhofner a který byl poprvé publikován v 80. letech 20. století, prošel od té doby rozsáhlým výzkumem a vývojem. Model lidského zaměstnávání (Model of Human Occupation, MOHO) popisuje, že výkon zaměstnávání je ovlivněn faktory prostředí, úkolu a samotného jedince, který zaměstnávání vykonává. Zároveň v tomto modelu lidé chápáni jako tři subsystémy: vůle, návyk a výkonnostní kapacita. Prostor zahrnuje fyzické, sociální, kulturní, ekonomické a politické aspekty. Lidské konání neboli aspekt zaměstnávání v modelu zahrnuje účast na zaměstnávání, výkon zaměstnávání a dovednosti v zaměstnávání. Na základě teorie a struktury modelu bylo vyvinuto velké množství hodnocení a některé intervenční metody nebo programy (Molineux, 2017).

*„Model je holistický, na klienta zaměřený, protože vyjadřuje důležitost subjektivního pohledu osoby na zaměstnávání každodenního života. MOHO se pokouší vysvětlit komplexnost každého člověka a vliv prostředí na provádění aktivit v průběhu života.“* (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009)

Model lidského zaměstnávání se skládá ze tří subsystémů; vůle, zvyklosti (návyky), výkon. Právě subsystém zvyklostí, do kterého náleží role a zvyky, pojednává o struktuře dne. Kielhofner (2008) ve své knize uvádí příklad, že většina populace opakuje stejnou a dobře známou rutinu ranního vstávání, péči o tělo a cesty do práce nebo do školy. Na trase jede totožnou cestou nebo totožným autobusem, aniž by musel vědomě přemýšlet o tom, co dělá. Zapojením se do určitých rutinních činností se jedinec utvrzuje v tom, že máme určitou identitu. Vzorec chování je také v souladu se známým časovým, fyzickým a sociálním prostředím. Avšak svět kolem, určité prostředí, má danou stabilitu, avšak i jedinci mají tendenci fungovat jednotným vzorcem chování. Vlastnosti prostředí jej formulují k tomu, aby si vytvořil určité návyky.

### 1.3.2 Model Value and Meaning in Occupations (ValMO)

Podle modelu Value and Meaning in Occupations (Model Hodnoty a smyslu v zaměstnávání – překlad autora) souvisí hodnota, kterou lidé zažívají při provádění každodenních zaměstnávání, s tím, jak vnímají smysl života. Model ValMO navrhuje vzájemný dynamický „systém zaměstnávání“, který je tvořen triádou osoba - úkol - prostředí. Hodnoty zaměstnávání, které vznikají v interakci mezi osobou, vykonávaným úkolem a prostředím, neustále přispívají k utváření celkového prožívání smyslu života. Podle modelu

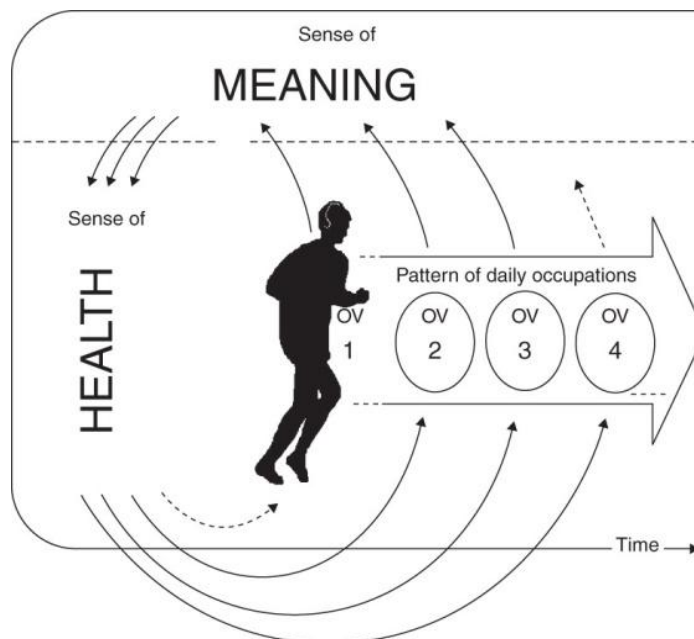
se smysluplnost vztahuje jak k místnímu (mikro a mezo) prostředí, tak i k celkovému (makro) prostředí. V místním prostředí je smysluplnost operacionalizována jako hodnota zaměstnávání (occupational value), která se dále skládá ze tří dimenzí: konkrétní hodnota, symbolická hodnota a hodnota sebeodměňování (Erlandsson, Eklund a Persson, 2011).

Konkrétní hodnota se týká daných a viditelných prvků hodnoty, které jsou součástí zaměstnávání. Výsledkem zaměstnávání, jemuž je přisuzována konkrétní hodnota, může být produkt, který přináší spokojenost tomu, kdo jej vykonává. Dále to může být zlepšení nebo získání nové schopnosti a dovednosti. Symbolická hodnota je typická tím, co pro člověka znamená zaměstnávání, například upevňování jeho identity, genderové role nebo vazby na určitou skupinu či kulturu. A poslední dimenze hodnoty zaměstnávání je hodnota sebeodměňování, která se zaměřuje na okamžité odměny, které jsou neodmyslitelnou součástí zkušenosti s vykonáváním určitého zaměstnávání. V případě zaměstnávání se sebeodměňováním se osoba rozhodne jej vykonávat, protože ji přináší potěšení. Spolu s potěšením přichází i zapomnění na sebe samotného a na čas, v optimálních případech tak může vzniknout stav plynutí (flow) (Erlandsson, Eklund a Persson, 2011).

Erlandsson, Eklund a Persson (2011) popisuje zjištění, které podporují předpoklad modelu ValMO, že vnímání hodnoty zaměstnávání, zejména hodnoty odměny za vlastní práci, jsou důležité pro pocit smysluplnosti a zdraví. Právě smysl zaměstnávání, kterého si je jedinec vědom, následně ovlivňuje jeho subjektivní zdraví.

Hodnota zaměstnávání má vliv na vnímaný smysl, který následně ovlivňuje subjektivní zdraví. Tento proces lze znázornit jako spirálu, viz obrázek níže. Uprostřed obrázku je osoba provádějící zaměstnávání. Vzorovým příkladem osoby a zaměstnávání je muž, který běhá a poslouchá hudbu přes sluchátka. Pro tuto osobu může být běhání obvyklou činností, při které zažívá vysokou konkrétní hodnotu (např. dělá něco, co je nezbytné pro udržení zdraví), symbolickou hodnotu (např. udržuje určitou fyzickou zdatnost, kterou rozvíjí jeho sociodemografická podskupina, a je tedy důležitá pro jeho identitu) a hodnotu sebeodměny (zažívá pocit potěšení díky pohybu v krajině za poslechu inspirativní hudby). Vnímání těchto hodnot ovlivňuje jeho pocit celkového smyslu, který je na obrázku znázorněn šipkou od osoby k horní oblasti smyslu. Tím, že vnímá svou životní situaci jako srozumitelnou, zvládnutelnou a celkově smysluplnou, se také cítí subjektivně zdravý, což ilustruje šipka směřující dolů z oblasti smyslu do oblasti zdraví. Tyto prožitky smysluplnosti a zdraví pravděpodobně ovlivňují výběr a přístup k následujícím zaměstnáváním (šipka směřující nahoru

k probíhajícímu vzorci denních aktivit a dalším zaměstnáním - OV 2, OV 3, OV 4 atd.) Obrázek ilustruje dynamickou a kontinuální spirálu zaměstnávání, která tvoří vzorec denních aktivit, jež přispívají k rozvoji a utváření jedinečných zkušeností a schopností jedince. Kromě toho lze předpokládat, že u většiny jedinců probíhá poměrně „smíšená“ spirála hodnotových zaměstnávání, která se skládá ze zaměstnávání bohatých



Obr. č. 1 *Spirála zaměstnávání (ValMO)*

i chudých na hodnoty zaměstnávání. Přesto zažívat zkušenosti z náročných aktivit, které mohou dokonce vyvolávat úzkost, nemusí nutně znamenat nedostatek hodnoty zaměstnávání (Erlandsson, Eklund a Persson, 2011).

## 1.4 Nástroje hodnotící strukturu dne v ergoterapii

Vyšetření struktury dne by mělo být součástí každého základního ergoterapeutického vyšetření. To, jak člověk vnímá svou strukturu dne a zda-li je s ní spokojený či nikoliv, se v ergoterapii vyšetřuje především dotazníky a rozhovory. Je to subjektivní prožitek jedince, proto není zcela vhodné a praktické hodnotit jej pozorováním. Další možností může být zaznamenávání aktivit.

### 1.4.1 Dotazník rovnováhy zaměstnávání (Occupational Balance Questionnaire, OBQ11)

Dotazník rovnováhy zaměstnávání (Occupational Balance Questionnaire, OBQ11) je screeningový nástroj, který byl vytvořen švédskými ergoterapeutkami Caritou Håkansson a Petrou Wagman. Dotazník slouží pro získání představy, jak vypadá rovnováha zaměstnávání u daného pacienta. Informace získané tímto dotazníkem mohou sloužit ergoterapeutovi pro následujících intervence, ale stejně tak jsou důležité i pro pacienta, jako prostředek pro lepší poznání sama sebe.

První verzí tohoto dotazníku byl nástroj OBQ (Occupational Balance Questionnaire) se 13 položkami a 6 kategoriemi odpovědí. Po výzkumu a testování dotazníku však byly navrženy úpravy a vznikl právě OBQ11, koncepčně srozumitelnější a spolehlivější dotazník

o 11 položkách, se čtyřmi funkčními kategoriemi odpovědí, s přijatelným modelovým přizpůsobením, invariancí měření napříč věkem a pohlavím a pravděpodobně logickým hierarchickým uspořádáním položek (Håkansson, Wagman a Hagell, 2020).

Dotazník hodnotí spokojenost s množstvím a variabilitou zaměstnávání bez ohledu na to, o které zaměstnávání se jedná nebo kolik času které zaměstnávání zabere. Byl vytvořen tak, aby překonal skutečnost, že určitá zaměstnávání mohou mít pro různé lidi odlišné hodnoty, a zároveň stejná oblast (např. práce) může být prožívána různě. Vzhledem k tomu, že OBQ není založen na konkrétních zaměstnáváních, může tedy překonat kulturní rozdíly v preferování jiných zaměstnávání nebo využití času například v různých zemích (Wagman a Håkansson, 2014). Dotazník OBQ11 má dobrou reliabilitu a vykazuje invariantnost měření napříč věkem a pohlavím (Håkansson, Wagman a Hagell, 2020).

Dle Hernandez et al. (2023) může být hodnocení rovnováhy zaměstnávání užitečné pro ergoterapeuty při intervencích zaměřených na podporu zdraví u populace s chronickými onemocněními, protože rovnováha zaměstnávání může mít potencionální význam z hlediska chování v oblasti péče o zdraví. Při zvládání chronických onemocnění jsou často intervence zaměřené na způsoby v oblasti sebeřízení, které jsou považovány za zvláště důležité u pacientů s chronickým onemocněním. Příkladem sebeřízení může být snížení nadměrných pracovních nároků, což může zlepšit lepší péči o zdraví a přinést další výhody související se zlepšením rovnováhy zaměstnávání.

Dále je OBQ11 velmi užitečný pro vyšetření lidí s depresí a/nebo úzkostí, jelikož psychické problémy ve většině problémů korelují s nerovnováhou zaměstnávání a nižší kvalitou života. Data získaná vyplněním dotazníku by byla cenná pro ergoterapeuty a další odborníky, jejichž cílem je podpořit své klienty při zlepšování jejich rovnováhy zaměstnávání (Wagman et al., 2021).

#### **1.4.2 The Satisfaction with Daily Occupations (SDO)**

Vidaña-moya et al. (2020) popisuje validní a reliabilní hodnotící nástroj The Satisfaction with Daily Occupations (Spokojenost s každodenními zaměstnáváními – překlad autora). Škála nástroje byla původně vytvořena pro lidi s duševním onemocněním, ale také s jinými diagnózami. Původně se skládala z devíti položek zahrnující oblasti zaměstnávání, tj. práci, volnočasové aktivity, péči o sebe a úkoly spojené s vedením domácnosti. Ukázalo se, že spokojenost s každodenním zaměstnáváním představuje samostatný koncept o proti

konceptu sebehodnocení hodnoty zaměstnávání, zdraví a kvality života. Avšak koncept spokojenosti s každodenním zaměstnáváním nesouvisí se sociodemografickými proměnnými.

Používání hodnotícího nástroje je snadné. Je založený na rozhovoru trvajícím 10 až 20 minut, během kterého se terapeut dotazuje jedince, jak vnímá každodenní zaměstnávání. Nejaktuálnější verze této škály má třináct položek a zároveň tvoří základ pro nástroj The Satisfaction with Daily Occupations and Occupational Balance (Spokojenost s každodenním zaměstnáváním a rovnováha zaměstnávání - překlad autora) (Vidaña-moya et al., 2020).

### **1.4.3 The Satisfaction with Daily Occupations and Occupational Balance (SDO-OB)**

The Satisfaction with Daily Occupations and Occupational Balance (Spokojenost s denním zaměstnáváním a rovnováha zaměstnávání – překlad autora) hodnotí, jak vypovídá název, spokojenost jedince s denními zaměstnáváním a rovnováhu zaměstnávání. Oproti hodnotícímu nástroji The Satisfaction with Daily Occupations, ze kterého vychází, obsahuje SDO-OB navíc otázky týkající se rovnováhy zaměstnávání z hlediska rozvržení času (Vidaña-moya et al., 2020).

Eklund et al. (2016) píše o tom, že hodnotící dotazník SDO-OB obsahuje navíc pět otázek, které se týkají práce, volného času, péče o sebe a péče o domácnost. Zjišťuje se úsudek respondenta z hlediska toho, zda má v těchto oblastech aktivit buď tak akorát, příliš mnoho, nebo příliš málo.

### **1.4.4 Occupation Value Assessment (OVal-pd)**

Occupation Value Assessment (OVal-pd) (Hodnocení hodnoty zaměstnávání - překlad autora) je nástroj s předdefinovanými položkami, které vychází z modelu Value and Meaning in Occupations (ValMO) (Eakman a Eklund, 2011). Instrument hodnotí, do jaké míry jedinci vnímají konkrétní, symbolické a sebeodměňující hodnoty při výkonu svého každodenního zaměstnávání. OVal-pd nebyl primárně vyvinut k tomu, aby odrážel rovnováhu zaměstnávání, ale lze jej k tomuto účelu použít, pokud respondent zároveň posoudí, zda je rozložení jeho zaměstnávání na tři hodnotové dimenze uspokojivé a tvoří harmonický mix (harmonický mix znamená správnou variabilitu mezi jednotlivými zaměstnáváním a jejich vzájemné vyvážené působení; stejně jako rovnováha zaměstnávání je i harmonický mix individuální u každého jedince). Původní verze OVal-pd má 26 položek, ale optimální soubor položek má tendenci se poněkud lišit v závislosti na kultuře (Eklund et al, 2016).

### 1.4.5 Life Balance Inventory (LBI)

Dr. Kathleen Matuska vyvinula nástroj Life balance inventory (Inventář životní rovnováhy – překlad autora), který vychází z modelu Life Balance Model (LBM) (Model životní rovnováhy – překlad autora) se čtyřmi dimenzemi založenými na potřebách: zdraví, identita, vztahy a výzva. LBI se skládá z 53 předdefinovaných aktivit. Respondenti hodnotí, jak jsou spokojeni s tím, kolik času strávili danou činností v posledním měsíci. Dále se rovnováha hodnotí z hlediska kongruence a ekvivalence. Kongruence znamená shodu mezi skutečným a požadovaným rozvržením aktivit a ekvivalence znamená přibližně stejné rozdělení využití času mezi čtyři dimenze potřeb. Dimenze potřeb jsou popsány níže (Eklund et al., 2016).

Nástroj byl vyvinut k měření souladu (kongruence) a rovnocennosti (ekvivalence) rozvržení aktivit jako hlavních konstruktů, které tvoří životní rovnováhu. Nástroj by měl zhodnotit vnímanou shodu mezi tím, jak lidé chtějí trávit svůj čas v různých oblastech činností, a tím, jak svůj čas skutečně v těchto oblastech tráví. Má sloužit jak k výzkumu, tak k osobnímu posouzení životní rovnováhy, které může jednotlivce (a/nebo jeho terapeuty) informovat o rovnováze a nerovnováze v jeho životě, kterou je třeba řešit. Nástroj reprezentuje širokou škálu každodenních aktivit, které jsou běžné v západních kulturách. Autorka zařadila do LBI základní kategorie ADL, instrumentálních ADL, práci, odpočinek, hru, vzdělávání, volný čas a sociální participaci jako počáteční rámec pro vytváření oblastí aktivit. Každá oblast aktivity zahrnuje několik různých možných aktivit. Například oblast aktivity „pravidelný pohyb“ lze vyjádřit různými aktivitami (např. plavání, jízda na kole, aj.). Položky jsou pojaty široce, aby zahrnovaly různé způsoby, jakými se lidé mohou zapojovat do oblastí činností (Matuska, 2011).

LBI vychází ze základu konceptuálního modelu Life Balance Model, který definuje životní rovnováhu jako vyhovující vzorec každodenní činnosti, který je pro jedince zdraví přínosný, smysluplný a udržitelný v kontextu jeho aktuálních životních okolností. Model předpokládá, že kompozice každodenní činnosti by měla lidem umožnit pokrýt dimenze založené na potřebách. Mezi tyto dimenze řadí (1) zajištění základní instrumentální potřeby pro udržení zdraví a fyzického bezpečí, (2) naplňující a sebeutvrzující vztahy s ostatními, (3) pocit kompetence, zapojení a dostatek výzev a (4) být spokojený s personální identitou (Matuska, 2011).

Dotazník Life Balance Inventory je volně přístupný na webových stránkách <https://minerva.stkate.edu/LBI.nsf>. Jeho vyplnění zabere přibližně 10 minut a jedinec

se při něm dozví jeho celkové skóre životní rovnováhy, které udává spokojenost s poměrem času, který si přejeme věnovat činnostem a časem, který skutečně věnujeme těmto činnostem. Zároveň získá informace o svém stresu podle zkrácené verze Perceived Stress Scale (St. Catherine University, 2009).

#### **1.4.6 Rozhovor**

Základ každého ergoterapeutického vyšetření je rozhovor. Navazujeme díky němu prvotní kontakt s pacientem, během něhož můžeme získat mnoho informací z pacientova života, a to například o jeho postojích, hodnotách a zájmech. Lze během něho také získat důležité informace o verbální komunikaci a intelektu pacienta. Část rozhovoru je možné využít pro seznámení pacienta s ergoterapií a jejími možnostmi. (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová., 2009) „*Terapeut analyzuje získané informace, provádí diagnostiku a vyvozuje závěry potřebné pro jeho další intervenci či doporučení, stanovuje ergoterapeutický cíl a plán, případně doplní další hodnotící nástroj*“ (Švestková a Svěčená, 2013).

Hemphill-Pearson (2008) popisuje rozhovor jako interaktivní proces, při němž pacient a terapeut navazují vztah, který umožňuje pacientovi rozpoznat a určit potřebné metody a cíle. Anglický ekvivalent slova rozhovor je „*interview*“, kdy první část slova „*inter*“ znamená vzájemný, sdílený nebo mezi. Terapeut musí s pacientem sdílet vzájemné porozumění a důvěru. To závisí na terapeutově schopnosti naslouchat a vcítit se do pacienta. Druhá část slova „*view*“, neboli pozorovací aspekt rozhovoru, vyžaduje kompetenci terapeuta v observaci, jelikož komunikace zahrnuje nejen verbální, ale i neverbální prvky, jako např. tón hlasu, tempo řeči, gestiku a nebo mimiku. Je třeba pozorovat výrazy obličeje a hledat emoce, které pacient nemusí být schopen pojmenovat nebo vyjádřit. Ačkoli je observace označována jako samostatný typ hodnocení, je nedílnou součástí každého hodnotícího procesu.

Jelínková, Krivošíková a Šajtarová (2009) rozdělují diagnostické rozhovory na neřízený a řízený, který je pak dále rozlišován na strukturovaný, semistrukturovaný a nestrukturovaný. Během neřízeného (nestandardního) rozhovoru má pacient volnost při výběru tématu a terapeut zasahuje do rozhovoru nenápadně. Kdežto v řízeném rozhovoru terapeut vymezí témata a drží se určitých otázek, u kterých může určit jejich pořadí. Pokud se postupuje přesně podle připraveného schématu, jedná se o standardizovaný, respektive strukturovaný rozhovor. Jestliže je ale jasně daný záměr a cíl rozhovoru, ale není dodržován striktně postup či pořadí otázek, hovoříme o semistrukturovaném (částečně standardizovaném) rozhovoru. A pokud u rozhovoru nejsou předem stanoveny prostředky, ale směřuje se ke konkrétnímu cíli, jedná

se o volný neboli nestrukturovaný rozhovor. Hemphill-Pearson (2008) popisuje, že nestrukturovaný rozhovor umožňuje terapeutovi vytvářet otázky v návaznosti na pacientovy informace. Zároveň je však vhodné, aby terapeut měl připravené otázky, které budou tvořit základ rozhovoru.

Švestková a Svěčená (2013) zmiňují, že je velmi důležitá jasná formulace otázek. Nemělo by také docházet k tomu, že se v jedné otázce terapeut ptá na dvě či více informací. Na konci rozhovoru je důležité shrnutí získaných informací, čímž se ověří, jestli terapeut dobře porozuměl získaným informacím. Jelínková, Krivošíková a Šajtarová (2009) popisují, že pro úspěšné provádění rozhovoru by měl ergoterapeut zachovat základní fáze rozhovoru, a to úvod, jádro a závěr. V úvodní části rozhovoru by mělo dojít k navázání kontaktu a vytvoření příjemné atmosféry, která je zásadní pro vybudování pacientovi důvěry k terapeutovi. V této fázi je důležité ujistit pacienta, že terapeutovi na něm skutečně záleží a že mají oba společný cíl. Současně se ergoterapeut přizpůsobí úrovni verbální schopnosti pacienta a adaptuje svůj slovník vyšetřované osobě. Hlavním cílem jádra rozhovoru je získat co nejvíce diagnostických informací. Závěr rozhovoru slouží k sumarizaci hlavních témat rozhovoru. Je důležité, aby pacient odcházel motivován k další spolupráci.

Při vyšetření struktury dne rozhovorem je veden s pacientem dialog, během něhož jsou otázky zaměřené na rozvržení aktivit, jejich vyváženost a subjektivní vnímání spokojenosti pacienta s rozložením denních aktivit. Dále je možné doplnit rozhovor o otázky, které mohou pomoci terapeutovi zjistit, zda pacient při vykonávání určitých činností pociťuje únavu nebo je jeho denní režim ovlivněn kvůli nějakému funkčnímu omezení.

#### **1.4.7 Deník pro záznam denních aktivit (Log of daily activities, Activity Log)**

Strukturu dne a rozvržení aktivit lze vyšetřit také pomocí zápisu nebo deníku každodenních aktivit, který si pacient vede. Díky zapisování aktivit a informací s nimi souvisejícími, může pacient získat přesný obrázek o tom, co během dne dělá a jak investuje svůj čas. Dokáže také identifikovat nepodstatné činnosti, které nevedou k naplnění důležitých cílů. S touto informací lze pak pracovat tak, že se změní způsob trávení času takovým způsobem, aby nepodstatné činnosti byly eliminovány. Dále deník aktivit může pomoci odhalit, zda jedinec vykonává svou nejdůležitější činnost ve správnou denní dobu. Pokud například převažuje energie a kreativita v ranních hodinách, bude vhodnější, když svou nejdůležitější činnost bude dělat v tuto dobu. Tím bude provedení úkolu kvalitnější a pravděpodobně zabere



i méně času. Odpoledne se pak může věnovat úkolům s nižší energetickou náročností, jako je třeba odpovídání na emaily nebo vyřizování hovorů. Záznam aktivit je tedy vhodný pro analýzu využití času a sledování změn v energii, bdělosti a efektivnosti během dne (MindTools, 2023).

Záznam denních aktivit lze zapisovat ručně např. do poznámkového bloku nebo do mobilu či počítače. Jednotlivé aktivity je možné odlišit barevně podle toho, jestli energii berou, dodávají nebo jsou z hlediska náročnosti neutrální. Zároveň je také možnost k nim připsat emoce, které doprovázely danou činnost, nebo doplnit relevantními poznámkami, které jedinec považuje za důležité. Vedení takového deníku může být přínosné nejen pro ovlivnění struktury dne, ale je také možné jej využít jako kompenzační strategii u pacientů s poruchou paměti.

Národní institut zdraví (National Institute of Health) vytvořil nástroj pro záznam aktivit ACTRE (Activity Record). Záznam si vede pacient sám a zapisuje do něj počet a intenzitu fyzických aktivit. Zároveň ke každé aktivitě zaznamenává její subjektivní charakter, konkrétně zda-li je doprovázena bolestí či únavou nebo je naopak vnímána jako zábavná a smysluplná. Dalším subjektivním charakterem může být to, jestli je aktivita pro pacienta dobře či obtížně proveditelná. Pacient zaznamenává aktivity podle jejich charakteru do 9 kategorií (spánek, činnosti v domácnosti, práce/škola, péče o sebe, volný čas, odpočinek, příprava/plánování, doprava, léčba) každou půl hodinu po dobu dvou dnů. Zdravotníci z tohoto záznamu mohou pak získat souhrnný údaj o funkčnosti i o oblasti dysfunkce pacienta. ACTRE má validní psychometrické parametry jako nástroj pro hodnocení aktivity a funkčního stavu u populace s chronickým zdravotním postižením. Zároveň také koreluje s jinými nástroji hodnotícími únavu (Jason et al., 2009).

## **2 PRAKTICKÁ ČÁST**

### **2.1 Definice problému**

Dotazníky se používají v ergoterapii opravdu hojně. Možný důvod častého používání dotazníků popisuje Jelínková, Krivošíková a Šajtarová (2009): „*Jde o poměrně efektivní způsob získávání informací, protože v krátkém čase dostaneme značné množství dat.*” Neustále se tvoří nové ergoterapeutické dotazníky, ale do českého jazyka jich je přeložena jen malá část. Proto je důležité zajišťovat jejich překlad do češtiny, aby se česká ergoterapie mohla nadále posouvat dopředu.

Aktuálně není do českého jazyka přeložený žádný nástroj, kterým by bylo možné vyšetřit strukturu dne nebo rovnováhu zaměstnávání. Pro holistický přístup k pacientovi je velmi důležité vyšetření i této oblasti. Praktická část je tedy zaměřená na překlad Occupational Balance Questionnaire OBQ11 a jeho možnost využití v české ergoterapii. Dále je vyzkoušeno, jak se s nástrojem pracuje a jestli je přínosný do ergoterapeutických intervencí.

### **2.2 Cíle praktické části**

Cílem praktické části je přeložit Occupational Balance Questionnaire 11 z angličtiny do češtiny, vyzkoušet ho během ergoterapeutického vyšetření u šesti pacientů s rozdílnými diagnózami a získat od pacientů zpětnou vazbu a názor na dotazník. Dalším cílem je shrnout získané poznatky o práci s dotazníkem, sepsat jeho výhody a nevýhody a možnosti jeho využití.

### **2.3 Postup realizace teoretické části**

Nejprve byla zpracována teoretická část bakalářské práce, v jejíž kapitolách jsou popsány důležité pojmy související se strukturou dne a rovnováhou zaměstnávání, s tím související ergoterapeutické modely a nástroje, kterými lze tuto oblast vyšetřit v ergoterapeutické praxi. Při mapování nástrojů pro hodnocení struktury dne bylo dohledáno relativně velké množství nástrojů, avšak většina z nich nebyla popsána dostatečně detailně. To je důvodem, proč jsou některé kapitoly pojednávající o určitých nástrojích méně obsáhlé.

Mnoho informací bylo získáváno z odborných článků, které byly vyhledávány přes databáze Taylor & Francis, PubMed, ProQuest, EBSCOhost, UKAŽ, Web of Science, databázi Národní knihovny Prahy a univerzity Karolinska Institutet. Do databáze Karolinska Institutet byl možný přístup díky projektu Erasmus +, kde autorka BP strávila zimní semestr ve 3. ročníku bakalářského studia.

Snaha autorky byla vybírat nejaktuálnější články, avšak ne vždy to bylo možné. Při jejich vyhledávání byla použita klíčová slova: occupational balance, occupational balance questionnaire, occupation, patterns of everyday activities, occupational therapy, structure of the day assessment, evaluation, habits. Pro každou kapitolu se to však mírně lišilo.

Dále se čerpalo z české a zahraniční literatury zabývající se ergoterapií, a to jak z tištěných, tak i z elektronických zdrojů. Využity byly výpůjční služby knihovny Ústavu vědeckých informací 1. LF UK a VFN, Národní knihovny Prahy a knihovny Karolinska Institutet.

Informace byly také získávány během praxí v Česku a ve Švédsku, kdy autoři někteří ergoterapeuti předávali užitečné rady týkající se problematiky BP. Cenné rady také poskytla vedoucí BP, paní Bc. Zuzana Rodová M.Sc., a prostřednictvím e-mailů poskytl také užitečné informace k OBQ11 autorky dotazníku Carita Håkansson a Petra Wagman.

## **2.4 Postup realizace praktické části**

Při mapování nástrojů pro hodnocení struktury dne bylo získáno velké množství informací, díky kterým se pak mohly jednotlivé nástroje porovnat. Poté autorka BP společně s vedoucí BP rozhodla, který nástroj bude v rámci závěrečné práce přeložen. Byl vybrán OBQ11, což je nástroj hojně využíván v ergoterapeutické praxi v relativně velkém počtu zemí. Na podzim roku 2022 byly kontaktovány autorky dotazníku OBQ11. Po výměně několika e-mailů a během jednoho videohovoru se dohodnulo na procesu překladu. Prvním krokem překladu bylo kontaktování osob, které se zapojily do jednotlivých částí překladu, a poté následovaly další kroky. Finální verze českého překladu OBQ11 byla hotova na jaře 2023. Pilotáž a následné testování dotazníku proběhlo v září a v říjnu 2023. Pilotáže se zúčastnili 3 probandi a testování dotazníku bylo provedeno u 6ti pacientů. Po získání dat byly do jednotlivých kapitol sepsány všechny poznatky z průběhu testování OBQ11. Dále byly do krátkých diagnostických kazuistik shromážděny informace o pacientech. Data byla získána během ergoterapeutického vyšetření a ze zdravotnické dokumentace.

### **2.4.1 Kontaktování autorek**

Prvním krokem překladu bylo kontaktování autorek dotazníku OBQ11 Petry Wagman a Carity Håkansson. Petra Wagman je švédská ergoterapeutka působící na univerzitě v Jönköpingu. Má zkušenosti s rehabilitací pacientů po CMP, s ambulantní psychiatrickou péčí a s péčí o seniory v municipalitě. Zabývá se rovnováhou zaměstnávání a životní rovnováhou (Jönköping University, 2015). Carita Håkansson je také švédská ergoterapeutka, která působí

na Univerzitě v Lundu. V rámci svého výzkumu se také zabývá rovnováhou zaměstnávání, která byla zkoumána u různých skupin v populaci. Dále se podílí na výzkumných projektech týkajících se udržitelného pracovního života seniorů a hodnocení rehabilitačních metod založených na aktivitě pro osoby s nemocemi souvisejícími se stresem (Lund University Research Portal, 2023).

Nejprve bylo autorkám představeno téma bakalářské práce a následně plán k procesu překladu jejich dotazníku. Autorky se vším souhlasily. Jedinou podmínkou, kterou požadovaly, bylo, že původní anglická verze dotazníku nebude zveřejněna v bakalářské práci. Samotný český překlad dotazníku může být přiložen k práci a dále využíván v české ergoterapeutické praxi bez omezení. Zároveň navrhly, že by bylo velmi přínosné, kdyby se s překladem pokračovalo v rámci diplomové práce, a o procesu překládání byl napsán článek.

#### **2.4.2 Postup překladu**

Při realizaci překladu OBQ11 se postupovalo podle *Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO)* (Wild et al., 2005).

Beaton et al. (2000) zmiňuje, jak důležitý je správný jazykový překlad a také kulturní přizpůsobení u nástrojů, které na kulturní různorodost nebyly adaptovány již při vývoji. OBQ11 je však vytvořen tak, aby mohl být použit u osob s různým kulturním pozadím. Byl tedy u něj proveden jen překlad, nikoliv adaptace na kulturní odlišnosti.

Kroky procesu překladu (Wild et al., 2005):

1. Příprava - počáteční práce provedené před zahájením překladu;
2. Přímý překlad - překlad originální (zdrojové) verze nástroje do jiného (cílového) jazyka;
3. Sladění - porovnání více prvotních přímých překladů a jejich sloučení do jednotného přímého překladu;
4. Zpětný překlad - překlad nové jazykové verze zpět do původního jazyka;
5. Revize zpětného překladu - porovnání zpětně přeložené verze nástroje s originálem za účelem odhalení a přezkoumání nesrovnalostí;
6. Harmonizace - porovnávání zpětných překladů více jazykových verzí mezi sebou a s originálním nástrojem, aby bylo možné upozornit na nesrovnalosti mezi originálem a jeho odvozenými překlady;

7. Kognitivní debriefing - testování nástroje na malé skupině relevantních pacientů nebo neprofesionálních respondentů s cílem vyzkoušet vhodné znění a ověřit srozumitelnost, interpretaci a kulturní relevantnost překladu;
8. Přezkoumání kognitivního debriefingu a dokončení - porovnání interpretace překladu od pacientů nebo neprofesionálních respondentů s originální verzí, aby mohly být odhaleny nesrovnalosti a následně upraveny;
9. Korektury - závěrečná revize překladu s cílem upozornit na případné typografické, gramatické nebo jiné chyby a provést jejich korekci;
10. Závěrečná zpráva - zpráva sepsaná na konci procesu, která popisuje průběh každého překladu.

Příprava na překlad dotazníku obsahovala dohodnutí s autorkami OBQ11 ohledně překladu a práce s dotazníkem a dále kontaktování osob, které se podílely na překladu.

Prvotní překlad byl proveden nezávisle na sobě dvěma osobami, jejichž mateřský jazyk je čeština. Jeden překlad byl proveden autorkou BP jako studentkou ergoterapie se základními znalostmi o konceptu rovnováhy zaměstnávání, druhý vytvořila žena studující ve Velké Británii bez jakéhokoliv povědomí o rovnováze zaměstnávání. Po vytvoření obou překladů následovalo sjednocení obou verzí. To proběhlo za spolupráce autorky BP a vedoucí bakalářské práce paní Bc. Zuzanou Rodovou M.Sc.. Wild et al. (2005) zmiňuje, že sladění jednotlivých překladů je nezbytné pro zajištění validity překladů a pro spolehlivé sdružování výsledků z kontrolovaných randomizovaných studií. Existují však velké rozdíly v procesu, kterými se sladění dosahuje. Proto asi není udivující, že ve většině existujících guidelines byl tento krok překladu vynechán.

Po sjednocení překladů vznikla první česká verze dotazníku, u které byl následně proveden zpětný překlad do angličtiny. Ten vytvořil učitel anglického jazyka, který nebyl seznámen s původní anglickou verzí dotazníku. Zároveň poskytl dobré připomínky k první verzi překladu, konkrétně u některých vět byl slovosled více ovlivněn původním anglickým. Zhotovený zpětný překlad byl zaslán autorkám ke kontrole. Ty jej hodnotily kladně, až na dvě odlišnosti, ke kterým došlo během procesu překládání. Důvodem nuancí bylo, že do českého jazyka nelze přeložit některá slovní spojení se stoprocentní shodou významu. U položky č. 1, která měla ve zpětném překladu znění: „*In a typical week, I feel that things which need to be done are just right.*“, upozornily autorky, že si nejsou jisté slovním spojením vyjadřující

množství aktivit. V původní verzi tato věta obsahuje „*just enough*“. Ještě jednu nuanci autorky objevily v položce č. 9: „*There is enough difference between the things I have to do and the things I want to do.*“. V původní verzi totiž není použito slovo „*difference*“, ale „*variation*“. Při tvorbě prvního překladu obě varianty obsahovaly v této položce slovo „*rozdíl*“, a i během sjednocení bylo rozhodnuto pro ponechání tohoto slova, protože je vhodné pro lepší porozumění.

Nakonec na základě připomínek autorek bylo do finální české verze OBQ11 u položky č. 9 zařazeno slovo „*obměna (variaci)*“, díky tomu nedošlo ani k malým změnám ve významu této položky.

### **2.4.3 Pilotáž**

Po vytvoření finálního překladu dotazníku OBQ11 do českého jazyka proběhla pilotáž na 3 probandech bez funkčního omezení. Hlavním cílem bylo vyzkoušet dotazník u osob obojího pohlaví a různé věkové kategorie. Testováni byli dva muži (24 let, softwarový inženýr a 50 let, podnikatel, obor truhlář) a jedna žena (74, důchodkyně).

Dva ze tří probandů měli připomínku k slovosledu ve větě č. 1. Po diskuzi s vedoucí BP paní Bc. Zuzanou Rodovou M.Sc. bylo dohodnuto na ponechání slovosledu, aby nedošlo k žádné významové změně a dotazník mohl být validní. Dále pak 2 probandi shledali mírnou nejasnost u věty č. 9, kde si nebyli jisti významem slova „*variaci*“ a jeho vztahu k aktivitám. Proto bylo v české verzi dotazníku ponecháno slovo „*variaci*“ i „*obměna*“. Případně je ergoterapeutům doporučeno, aby testovanému pacientovi poskytli možné dovysvětlení. Celkově však probandi hodnotili dotazník srozumitelně. Bez provedení změny v přeloženém dotazníku se tedy mohlo přistoupit k jeho testování s pacienty.

V rámci pilotáže byla vyzkoušena práce s dotazníkem. Díky tomu byla získána zpětná vazba od probandů, která pak byla přínosná pro samotném testování dotazníku s pacienty.

### **2.4.4 Kritéria výběru pacientů**

Pro tuto práci bylo vybráno 5 pacientů, kteří dochází na ergoterapeutické intervence na KRL 1. LF UK a VFN, a 1 pacient s DMO studující na střední škole při Jedličkově ústavu. S výběrem 5 pacientů pomohla vedoucí bakalářské práce paní Bc. Zuzana Rodová M.Sc. Schůzku s pacientem s DMO si autorka BP sjednala sama. Při výběru pacientů bylo důležité, aby se jejich diagnózy a věk alespoň částečně lišily, díky čemu se mohlo předpokládat,

že budou mít jedinci odlišné rozvržení a zastoupení aktivit a také jejich pohled na dotazník může být odlišný.

Kritéria pro výběr pacientů byl věk nad 18 let, žádné nebo minimální poruchy kognitivních funkcí a alespoň z většiny zachovaný náhled na svou situaci. Původně bylo zamýšleno, že mezi kritéria výběru budou patřit i nenarušené fatické funkce, ale nakonec byla tato podmínka vynechána, což vedlo k tomu, že dotazník mohl být vyzkoušen i u pacienta s minimální schopností verbální komunikace.

#### **2.4.5 Testování dotazníku s pacienty**

Testování dotazníku OBQ11 probíhalo v říjnu 2023 na Klinice rehabilitačního lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (dále jako KRL 1. LF UK a VFN). S výběrem pacientů pomáhala vedoucí bakalářské práce paní Bc. Zuzana Rodová M.Sc. Před samotným vyplňováním dotazníku byli pacienti seznámeni s tématem bakalářské práce, jejím cílem a dále pak se samotným dotazníkem. Všichni pacienti souhlasili s účastí na testování OBQ11, podepsali informovaný souhlas a mohlo proběhnout samotné testování dotazníku. Po testování všichni, včetně přítomné ergoterapeutky, poskytli zpětnou vazbu zahrnující připomínky a návrhy pro používání dotazníku. Od respondentů se získaly cenné poznatky o tom, zda bylo v dotazníku vše srozumitelné, a nebo naopak něco bylo nedostatečně pochopitelné.

Poznatky o pacientech jsou zpracovány do stručných kazuistik, viz níže.

#### **2.4.6 Metody sběru dat**

Informace byly získány semistrukturovaným rozhovorem, vyplněním dotazníku OBQ11 a observací, to vše v rámci terapií, které byly vedené Bc. Zuzanou Rodovou M.Sc. Dále se čerpalo ze zdravotnické dokumentace. U pacienta č. 6 byl sběr dat proveden v jeho domácím prostředí, kdy byl také využit semistrukturovaný rozhovor, základní prvky ergoterapeutického vyšetření a OBQ11.

U pacientů číslo 1 a 2 proběhl sběr dat během skupinové terapie v denním stacionáři. Nebyl tedy prostor na podrobnější ergoterapeutické vyšetření. Byla však vyzkoušena jedna možná varianta použití dotazníku, kdy pacienti byli seznámeni s dotazníkem a instrukcemi k jeho vyplnění a dále jej vyplnili samostatně.

Pacienti č. 3, č. 4 a č. 6 byli vyšetřeni dotazníkem během individuální terapie. Vyplnění dotazníku proběhlo formou rozhovoru, kdy byly pacientům předčítány postupně jednotlivé

položky a oni vybírali jednu z možných odpovědí z dané škály (Silně nesouhlasím / Nesouhlasím / Souhlasím / Silně souhlasím). Tato varianta vyplňování dotazníků může vést k rozsáhlému rozhovoru, kdy každá věta dokáže přinést další otázky, a terapeut i pacient se mohou dozvědět důležité informace.

U pacienta č. 5 bylo nutné přizpůsobit vyšetření dotazníkem v důsledku jeho snížené schopnosti verbální komunikace z důvodu tracheostomie. Před vyplňováním dotazníku byl tedy připraven list papíru se škálou tvořenou 4 možnými odpověďmi na položky dotazníku a následně předložen před pacienta. Ten souhlasil, že mu vždy bude přečtena věta, a on bude odpovídat ukázáním na jednu odpověď.

Pro sběr dat dotazníkem OBQ11 bylo nakonec využito tří různých způsobů, což bylo přínosné pro jejich srovnání a následné doporučení pro práci s dotazníkem.

## **2.5 Kazuistiky**

### **2.5.1 Kazuistika č. 1**

Pacientka, 32 let, po peroperačně prodělané iCMP (2/2022) s levostrannou hemiparézou s maximálním spasmem akrálně. Dominantní je PHK, LHK limituje vykonávání všedních denních aktivit, především přípravu jídla a péči o sebe a o děti. Pacientka provede všechny typy úchopů v pomalém tempu. Pasivní i aktivní rozsahy pohybu jsou na LHK omezené, ale funkční rozsahy provede. K mobilitě v exteriéru používá vycházkovou hůl, výjimečně mechanický vozík. V domácím prostředí využívá též vycházkovou hůl nebo zevní oporu o nábytek či zeď. Z kompenzačních pomůcek má dále sedačku na vanu. Žije v 1. patře rodinného domu s partnerem a dvěma dětmi. V domě i před ním se nacházejí schody, které pacientka zvládá s přidržením o zábradlí nebo o zeď, případně se supervizí partnera. Je přítomen deficit v oblasti pozornosti, pracovní paměti, oddálené paměti a kognitivní flexibility. Vykazuje mírně zpomalené psychomotorické tempo. Psychosociální funkce jsou velmi dobré. Dříve pracovala jako prodejní asistentka a manažerka v prodejně pánského oblečení, nyní je na rodičovské dovolené. Má zažádáno o ZTP. Mezi její zájmy patří pletení, šití, čtení a před příhodou i běh. Neudává bolestivost ani únavu.

**Struktura dne:** Pacientka nemá zcela pravidelné dny kvůli častým návštěvám lékařů a rehabilitacím. Vstává kolem 6:30, s rodinou mají snídani, společně s partnerem či partnerovo matkou připraví děti do MŠ. Od pondělí do pátku dochází do denního stacionáře na KRL 1. LF UK a VFN, kde má terapie a zúčastňuje se zde tréninku každodenních aktivit. Po 16. hodině



se vrací domů, kde se věnuje dětem, stará se o domácnost, občas odpočívá během čtení oblíbených knih. Na večer společně s partnerem připravuje děti ke spánku, snaží se o pravidelné čtení pohádek dětem před spaním. Spánek má kvalitní.

### **Cíle a plány:**

- Cíle pacientky: zlepšit péči o sebe a děti (zaplétání copu, děláni culíku), pletení
- Plány: terapie probíhají na KRL 1. LF UK a VFN, pacientka dochází do DS
  - podpoření pacientky v samostatnosti a prevenci pádu v rámci domácího prostředí, větší zapojení LHK při ADL, ovlivnění spasticity a kvality úchopových a manipulačních funkcí, CIMT

**Forma sběru dat a vyplnění OBQ11:** Vyšetření dotazníkem OBQ11 proběhlo během skupinové terapie v rámci denního stacionáře na KRL 1. LF UK a VFN. Pacientka vyplnila dotazník samostatně. Po vyplnění dotazníku terapeutka s pacientkou prošla její zvolené odpovědi k jednotlivým položkám a případně ji položila doplňující otázky.

### **OBQ11 vyplněný pacientem:**

1. *Cítím, že v typickém týdnu je věcí, které je třeba udělat, tak akorát.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      **Souhlasím**      Silně souhlasím*

2. *Mám rovnováhu mezi aktivitami, které dělám pro sebe, a které dělám pro ostatní.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      **Souhlasím**      Silně souhlasím*

3. *Dávám si pozor, že dělám věci, které opravdu dělat chci.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      **Souhlasím**      Silně souhlasím*

4. *Udržuji rovnováhu mezi různými druhy aktivit ve svém životě, př. práce, domácí práce, volnočasové aktivity, odpočinek a spánek.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      **Souhlasím**      Silně souhlasím*

5. *Mám dostatek času na věci, které musím dělat.*

*Silně nesouhlasím      **Nesouhlasím**      Souhlasím      Silně souhlasím*

6. *Mám rovnováhu mezi svými fyzickými, společenskými, intelektuálními a relaxačními aktivitami.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      **Souhlasím**      Silně souhlasím*

7. *Jsem spokojený/á s množstvím času, který věnuji různým každodenním činnostem.*

*Silně nesouhlasím*    *Nesouhlasím*                    ***Souhlasím***    *Silně souhlasím*

8. *Jsem spokojený/á s počtem aktivit, kterých se účastním v běžném týdnu.*

*Silně nesouhlasím*    *Nesouhlasím*                    ***Souhlasím***    *Silně souhlasím*

9. *Mezi věcmi, které musím dělat a které chci dělat, je dostatečná obměna (variace).*

*Silně nesouhlasím*    *Nesouhlasím*                    ***Souhlasím***    *Silně souhlasím*

10. *Mezi aktivitami, které mi energii dodávají a těmi, které mi energii berou, je rovnováha.*

*Silně nesouhlasím*    *Nesouhlasím*                    ***Souhlasím***    *Silně souhlasím*

11. *Jsem spokojený/á s množstvím času, který trávím odpočinkem, zotavováním a spánkem.*

*Silně nesouhlasím*    *Nesouhlasím*                    ***Souhlasím***    *Silně souhlasím*

**Celkový získaný počet bodů: 21/33**

**Vyhodnocení OBQ11:** Vyplněním dotazníku bylo zjištěno, že pacientka má relativně rovnováhu zaměstnávání. Jedinou položku, na kterou reagovala odpovědí „Nesouhlasím”, byla věta č. 5, což značí, že pacientka nemá dostatek času na věci, které musí udělat.

Pacientka po vyplnění dotazníku OBQ11 získala 21 bodů z celkových 33, což značí, že její subjektivní vnímání rovnováhy zaměstnávání je relativně vysoké.

**Shrnutí:** Vyplňování dotazníku nebylo doprovázeno rozhovorem, jelikož probíhalo v rámci skupinové terapie. Pacientka tedy vyplnila dotazník samostatně. Kvůli absenci rozhovoru nedošlo k případnému otevření dalších témat a hlubšímu uvědomění pacientky související s rovnováhou zaměstnávání. V důsledku toho mohlo být zjištěno menší množství informací o rovnováze zaměstnávání. Po vyhodnocení dotazníku bylo zjištěno, že pacientka subjektivně hodnotí své zaměstnávání v rovnováze. Jediné, kde shledává problém, je v množství času, které potřebuje na vykonání věcí, které musí udělat. Nelze ale jistě potvrdit, že pacientka má na svou situaci úplný náhled. Při pokládání doplňujících otázek ergoterapeutkou pacientka odpovídala stručně.

Při samostatném vyplňování dotazníku OBQ11 se pacientka nesečkala s žádnými nejasnostmi, vše pro ni bylo pochopitelné a neměla žádné připomínky. Dotazník vyhodnotila jako velmi přínosný a srozumitelný.

**Doporučení na základě výsledků OBQ11:**

- vyšetření rovnováhy zaměstnávání a struktury dne dalšími nástroji

- vyšetření náhledu pacientky
- zařazení do dalších terapií poradenství s time managementem (aby zbývalo dostatek času na věci, které se musí udělat) - možnost využití týdenního rozvrhu s barevným odlišením různých typů aktivit

### **2.5.2 Kazuistika č. 2**

Pacient, 53 let, po iCMP (12/2021) s levostrannou hemiparézou. Dominantní PHK, na LHK přítomna spasticita a omezené rozsahy pohybů především na akru kvůli otoku (omezená supinace, DF zápěstí, opozice palce, addukce prstů). Je přítomná hyperstezie na dlani a konečcích prstů, jinak je citlivost v normě. Provede všechny typy úchopů, avšak drobné s výraznými obtížemi. Také manipulace s předměty v HKK je narušena. Je soběstačný v pADL i v iADL, ale provádí vše v pomalém tempu. Lehké obtíže mu dělá umývání a krájení, na nákup chodí s manželkou. K chůzi využívá vycházkovou hůl, jinak žádné kompenzační pomůcky nevyužívá. Kognitivní a psychosociální funkce jsou ve všech doménách v normě. Žije v rodinném domě s manželkou a dcerou, neudává žádné bariéry v exteriéru ani interiéru. Má vanu i sprchu, ale využívá především sprchu. Je jednatelem své společnosti, kde jeho pracovní náplní je práce na počítači a komunikace s lidmi.

**Struktura dne:** Pacient má každý den odlišný, aktivity v jeho dnech jsou tedy minimálně pravidelné. Nelze tedy popsat jeho typický den. Pokud je v práci, mnohdy dělá i přesčasy, vrací se na večer a po osobní hygieně občas čte noviny, ale brzy usíná. Ve dnech volna se účastní malého počtu aktivit. Především odpočívá, čte noviny, nebo jde na oběd k rodinným příslušníkům či na procházku. Spánek hodnotí jako kvalitní.

#### **Cíle a plány:**

- Cíle pacienta: úchop strun na kytaru, psaní na klávesnici - nácvik JM, snížení otoku, zvýšení svalové síly
- Plány: terapie probíhají na KRL 1. LF UK a VFN
  - terapie zaměřené na ovlivnění JM, návrhy kompenzací a kompenzačních strategií, CIMT

**Forma sběru dat a vyplnění OBQ11:** Vyšetření dotazníkem OBQ11 proběhlo během skupinové terapie v rámci denního stacionáře na KRL 1. LF UK a VFN. Pacient dotazník vyplnil samostatně. Pacient zdůraznil nejasnosti ve větách číslo 1., 5. a 8. Při rozhodování pro reakci na větu č. 1 namítl, že slovní spojení „typický týden“ nebylo pro něj platné, jelikož

je každý jeho týden odlišný. Zdůraznil, že jeho reakce na větu č. 1 není tedy plně relevantní. Větu č. 5 musel přeskočit, protože se nemohl rozhodnout pro odpověď. U věty č. 8 byl také nejistý kvůli spojení běžný týden a nespecifikovaným aktivitám. Opět zmínil, že v každém týdnu je počet aktivit jiný, a zároveň si nebyl jistý, které všechny aktivity má do toho zahrnout.

### **OBQ11 vyplněný pacientem:**

1. *Cítím, že v typickém týdnu je věcí, které je třeba udělat, tak akorát.*

*Silně nesouhlasím    **Nesouhlasím**    Souhlasím    Silně souhlasím*

2. *Mám rovnováhu mezi aktivitami, které dělám pro sebe, a které dělám pro ostatní.*

*Silně nesouhlasím    Nesouhlasím    **Souhlasím**    Silně souhlasím*

3. *Dávám si pozor, že dělám věci, které opravdu dělat chci.*

*Silně nesouhlasím    **Nesouhlasím**    Souhlasím    Silně souhlasím*

4. *Udržuji rovnováhu mezi různými druhy aktivit ve svém životě, př. práce, domácí práce, volnočasové aktivity, odpočinek a spánek.*

*Silně nesouhlasím    Nesouhlasím    **Souhlasím**    Silně souhlasím*

5. *Mám dostatek času na věci, které musím dělat.*

*Silně nesouhlasím    Nesouhlasím    Souhlasím    Silně souhlasím*

6. *Mám rovnováhu mezi svými fyzickými, společenskými, intelektuálními a relaxačními aktivitami.*

*Silně nesouhlasím    Nesouhlasím    **Souhlasím**    Silně souhlasím*

7. *Jsem spokojený/á s množstvím času, který věnuji různým každodenním činnostem.*

*Silně nesouhlasím    **Nesouhlasím**    Souhlasím    Silně souhlasím*

8. *Jsem spokojený/á s počtem aktivit, kterých se účastním v běžném týdnu.*

*Silně nesouhlasím    Nesouhlasím    **Souhlasím**    Silně souhlasím*

9. *Mezi věcmi, které musím dělat a které chci dělat, je dostatečná obměna (variace).*

*Silně nesouhlasím    Nesouhlasím    **Souhlasím**    Silně souhlasím*

10. *Mezi aktivitami, které mi energii dodávají a těmi, které mi energii berou, je rovnováha.*

*Silně nesouhlasím    **Nesouhlasím**    Souhlasím    Silně souhlasím*

11. *Jsem spokojený/á s množstvím času, který trávím odpočinkem, zotavováním a spánkem.*

**Celkově získaný počet bodů: 16/33**

**Vyhodnocení OBQ11:** Pro pacienta bylo náročné vybírat odpovědi, jelikož dotazník hodnotí rozvržení aktivit v typickém týdnu, pacient však má každý týden odlišný. Celkově byl pro něj dotazník málo specifický, tedy příliš obecný. Rozvržení aktivit hodnotil v rovnováze. Nepocítuje však rovnováhu mezi aktivitami, které energii berou, a těmi, které energii dodávají. Dále není spokojený s množstvím času, který věnuje každodenním aktivitám.

Celkový počet bodů, které pacient získal v OBQ11, se pohybuje kolem poloviny celkového počtu možných bodů. Jeho subjektivní vnímání spokojenosti s rovnováhou zaměstnávání lze označit za průměrné.

**Shrnutí:** Stejně jako u předchozí pacientky, i u tohoto pacienta došlo k vyplnění dotazníku samostatně, tudíž se neotevřela další možná témata, což mohlo mít za následek získání menšího počtu podrobnějších informací o rovnováze zaměstnávání pacienta. Mnoho položek bylo pro pacienta těžko uchopitelných kvůli tomu, že dotazník není specifický. V důsledku toho měl pacient u některých položek obtíže s výběrem odpovědi, jednou vynechal odpověď úplně.

Pro pacienta byl dotazník OBQ11 málo specifický a u některých položek mu dělal obtíže výběr relevantní odpovědi. Hlavním důvodem toho bylo, že pacient má vysokou nepravidelnost týdnů, tudíž je pro něj obtížné zvolit odpověď vztahující se k podobě jeho typického týdnu.

**Doporučení na základě výsledků OBQ11:**

- zařadit do terapií práci s rozvržením aktivit podle jejich náročnosti - možnost využít týdenní rozvrh, ve kterém se barevně odliší aktivity, které berou energii, a ty které energii dodávají
- vyšetřit strukturu dne jiným nástrojem, který by byl více specifický, aby se pacientovi snáz odpovídalo na otázky

**2.5.3 Kazuistika č. 3**

U pacienta (46 let) s chabou kvadruparézou s akcetací postižení na akrech HKK a mononeuropatií multiplex (etiologicky dysimunitní neuropatie) se vyskytuje dominující hypotrofie svalů thenaru, hypothenaru a interosseálních svalů (propadlá klenba ruky). Hypotrofie je příčinou propadlé klenby rukou, provádění úchopů modifikovaným způsobem a lehce snížené svalové síly na HKK. Na HKK nepřesná taxie a hypermobilní klouby. Dále

na PHK nelze provést EXT prstů a opozici palce do plného rozsahu. Pacient dochází jedenkrát do měsíce na terapii intravenózních imunoglobulinů a NK buněk. Je plně soběstačný ve všech položkách personálních i instrumentálních ADL. Nevyužívá žádné kompenzační pomůcky. Stereotyp chůze je zhoršený - zakopává o špičky nohou. Bydlí s manželkou a dcerou v bytě, ke kterému má výtah. Jeho pracovní náplň je řízení firmy, kde většinu času pracuje na počítači, účastní se schůzí a vyřizuje telefonní hovory. Mezi jeho zájmy patří čtení, jóga a šachy.

**Struktura dne:** Pacient vstává kolem 6:30 a po snídani odchází do práce, kde jeho náplní je především práce na počítači, dále pak vyřizování telefonních hovorů a účast na schůzích. Z práce odchází obvykle mezi 16. a 17. hodinou a odpoledne mnohdy ještě dodělává věci do práce z domova nebo cvičí cviky z rehabilitací. Třikrát týdně chodí plavat, dále dělá jógu a jedenkrát za měsíc dochází na akupunkturu. Chodí spát kolem 23. hodiny a spánek hodnotí jako kvalitní.

#### **Cíle a plány:**

- Cíle pacienta: zlepšení JM HKK, zlepšení rovnováhy zaměstnávání
- Plány: terapie probíhají na KRL 1. LF UK a VFN
  - funkční trénink HKK se zaměřením na úchopy, selektivní pohyby prstů, klenby ruky; technika měkkých tkání; edukace pro domácí cvičení

**Forma sběru dat a vyplnění OBQ11:** Vyšetření dotazníkem proběhlo během individuální ergoterapie na KRL 1. LF UK a VFN, kdy byla využita metoda čtení položek terapeutem, která následně vede k rozvoji semistrukturovanému rozhovoru. I přesto, že pacientův mateřský jazyk není čeština, ale ukrajinština a ruština, byl pro něj dotazník srozumitelný a přínosný (pacient žije již řadu let v Česku).

#### **OBQ11 vyplněný pacientem:**

1. *Cítím, že v typickém týdnu je věcí, které je třeba udělat, tak akorát.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      **Souhlasím**      Silně souhlasím*

2. *Mám rovnováhu mezi aktivitami, které dělám pro sebe, a které dělám pro ostatní.*

*Silně nesouhlasím      **Nesouhlasím**      Souhlasím      Silně souhlasím*

3. *Dávám si pozor, že dělám věci, které opravdu dělat chci.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      **Souhlasím**      Silně souhlasím*

4. Udržuji rovnováhu mezi různými druhy aktivit ve svém životě, př. práce, domácí práce, volnočasové aktivity, odpočinek a spánek.

*Silně nesouhlasím    Nesouhlasím    Souhlasím    Silně souhlasím*

5. Mám dostatek času na věci, které musím dělat.

*Silně nesouhlasím    Nesouhlasím    Souhlasím    Silně souhlasím*

6. Mám rovnováhu mezi svými fyzickými, společenskými, intelektuálními a relaxačními aktivitami.

***Silně nesouhlasím**    Nesouhlasím    Souhlasím    Silně souhlasím*

7. Jsem spokojený/á s množstvím času, který věnuji různým každodenním činnostem.

*Silně nesouhlasím    Nesouhlasím    **Souhlasím**    Silně souhlasím*

8. Jsem spokojený/á s počtem aktivit, kterých se účastním v běžném týdnu.

*Silně nesouhlasím    Nesouhlasím    Souhlasím    Silně souhlasím*

9. Mezi věcmi, které musím dělat a které chci dělat, je dostatečná obměna (variace).

*Silně nesouhlasím    Nesouhlasím    Souhlasím    Silně souhlasím*

10. Mezi aktivitami, které mi energii dodávají a těmi, které mi energii berou, je rovnováha.

*Silně nesouhlasím    Nesouhlasím    Souhlasím    Silně souhlasím*

11. Jsem spokojený/á s množstvím času, který trávím odpočinkem, zotavováním a spánkem.

*Silně nesouhlasím    Nesouhlasím    Souhlasím    Silně souhlasím*

**Celkově získaný počet bodů: 13/33**

**Vyhodnocení OBQ11:** Dle počtu získaných bodů v dotazníku pacient vykazuje nízkou rovnováhu zaměstnávání. I přesto, že vykonává velké množství aktivit, přál by si ještě participaci ve větším počtu různých aktivit. První položku označil za filozofickou, protože podle něj akorát může být hodně i méně, nebyl si tedy jistý odpovědí, ale prý i přes to, že toho stíhá opravdu hodně, rád by, nebo možná by potřeboval, vykonávat ještě více aktivit. Ačkoliv nemá rovnováhu mezi aktivitami, které dělá pro sebe a těmi které dělá pro ostatní, je s tím tak spokojen. Podle něho je důležité především pracovat na sobě, aby mohl být druhými oceňován, což je pro něj velmi důležité. U položky č. 6 vykazuje nedostatek relaxu, což také potvrzuje položka č. 11, kde pacient zmínil, že potřebuje více odpočinku.

Pacient získal v dotazníku celkový počet bodů 13, což je méně než polovina z celkového počtu možných bodů. Subjektivní vnímání spokojenosti rovnováhy zaměstnávání je relativně nízké.

**Shrnutí:** Pacient vykazuje nerovnováhu zaměstnávání. Vykonává nadprůměrné množství aktivit, ale zároveň zmiňuje, že by potřeboval vykonávat ještě více aktivit. To je důsledkem toho, že pacient nemá dostatek času na odpočinek. I přesto, že pacientův mateřský jazyk není čeština, byly pro něho všechny položky dotazníku srozumitelné, výjimku představovalo slovo „akorát“, kdy jsem pacientovi poskytla synonymum tohoto slova, a mohli jsme bez dalších obtíží pokračovat ve vyplňování dotazníku.

Pacient vnímal dotazník OBQ11 jako přínosný nástroj pro ergoterapii. I přesto, že není původem české národnosti (ale češtinu má na dobré úrovni), byl pro něho dotazník dobře srozumitelný.

#### **Doporučení na základě výsledků OBQ11:**

- zařadit terapie zaměřené na rovnováhu zaměstnávání - rozvržení aktivit podle energetické náročnosti, nastavení správného množství aktivit
- zařadit time management

#### **2.5.4 Kazuistika č. 4**

Pacientka (40 let) prodělala při autonehodě (9/2009) kraniocerebrální poranění, během kterého došlo k difúznímu axonálnímu poranění, hemocefalu, organickému psychosyndromu a následně se objevil obraz centrální kvadruparézy. Její soběstačnost je tedy výrazně snížená a potřebuje pomoc ve většině všedních denních činnostech. Osobní hygienu zvládá samostatně, stejně tak mobilitu na mechanickém vozíku v interiéru. Během sebesycení potřebuje pomoc pouze s nakrájením tužší stravy. PHK je v dystonickém držení, kdy loket a prsty jsou ve FLX, zápěstí v pronaci a je přítomna spasticita. LHK je ve všech kvalitách v normě. Pacientka má nestabilní sed a výrazné kyfotické držení. Kvůli dysexekutivnímu syndromu jsou u ni přítomné poruchy v položkách jako je iniciace, plánování, motivace, kontrola emocí a dokončování aktivit. Také je přítomna porucha paměti. Pacientka žije s matkou v přízemním bezbariérovém bytě. Pobírá plný invalidní důchod a příspěvek na péči. Pohybuje se na mechanické vozíku s hemi ovládním, ve vaně využívá automatickou židli a ve sprchovém koutě má sedačku. Mezi její zájmy patří malování a poslech hudby.



**Struktura dne:** Pacientka vstává v 8 hodin. Připravuje snídani s matkou, kterou pak společně snědí. Často sleduje ranní pořad v televizi a poté cvičí na motomedu nebo odpočívá. V době oběda pomáhá matce prostřít stůl, občas se také podílí na přípravě jídla. Odpoledne tráví čas buď cvičením na motomedu, protahováním HKK, procházkou s matkou, malováním nebo časem stráveným s návštěvou. Večer sleduje televizi a chodí spát kolem 21. hodiny.

### **Cíle a plány:**

- Cíle pacientky a její matky: zapojení do každodenních aktivit, zlepšení a vyvážení jídelníčku - zařazení většího množství ovoce a zeleniny
- Plány: terapie probíhají na KRL 1. LF UK a VFN
  - trénink přesunů, ovlivnění stability sedu a rovnováhy, práce s trupem, zlepšení participace v běžných denních činnostech, poradenství v oblasti hledání zájmů a jak smysluplně trávit dny

**Forma sběru dat a vyplnění OBQ11:** Vyšetření dotazníkem proběhlo v rámci individuální ergoterapie na KRL 1. LF UK a VFN, kdy byly pacientce čtené jednotlivé položky dotazníku a ona vybírala z předpřipravených odpovědí, což vedlo k semistrukturovanému rozhovoru a otevření dalších témat.

### **OBQ11 vyplněný pacientem:**

1. *Cítím, že v typickém týdnu je věcí, které je třeba udělat, tak akorát.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      **Souhlasím**      Silně souhlasím*

2. *Mám rovnováhu mezi aktivitami, které dělám pro sebe, a které dělám pro ostatní.*

*Silně nesouhlasím      **Nesouhlasím**      Souhlasím      Silně souhlasím*

3. *Dávám si pozor, že dělám věci, které opravdu dělat chci.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      Souhlasím      **Silně souhlasím***

4. *Udržuji rovnováhu mezi různými druhy aktivit ve svém životě, př. práce, domácí práce, volnočasové aktivity, odpočinek a spánek.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      **Souhlasím**      Silně souhlasím*

5. *Mám dostatek času na věci, které musím dělat.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      Souhlasím      **Silně souhlasím***

6. *Mám rovnováhu mezi svými fyzickými, společenskými, intelektuálními a relaxačními aktivitami.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      Souhlasím      Silně souhlasím*

7. *Jsem spokojený/á s množstvím času, který věnuji různým každodenním činnostem.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      **Souhlasím**      Silně souhlasím*

8. *Jsem spokojený/á s počtem aktivit, kterých se účastním v běžném týdnu.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      **Souhlasím**      Silně souhlasím*

9. *Mezi věcmi, které musím dělat a které chci dělat, je dostatečná obměna (variace).*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      **Souhlasím**      Silně souhlasím*

10. *Mezi aktivitami, které mi energii dodávají a těmi, které mi energii berou, je rovnováha.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      Souhlasím      **Silně souhlasím***

11. *Jsem spokojený/á s množstvím času, který trávím odpočinkem, zotavováním a spánkem.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      Souhlasím      **Silně souhlasím***

**Celkově získaný počet bodů: 24/33**

**Vyhodnocení OBQ11:** Vyšetření dotazníkem probíhalo rozhovorem, během kterého bylo zjištěno u položky č. 2, že pacientka má dostatek času pro sebe, což hodnotí pozitivně, ale zároveň tráví málo času s přáteli, což by chtěla změnit a setkávat se s nimi více. U věty č. 5 přidala poznámku, že je pro ni důležité si najít vždy čas na věci, které musí udělat, proto mohla zvolit odpověď „Silně souhlasím”. Nepocítuje však rovnováhu mezi různými druhy aktivit (viz. položka č. 6), převažuje cvičení, návštěvy známých od matky a naopak chybí kulturní akce. Avšak i přes nerovnováhu, kterou pacientka zmínila, je spokojená. V běžném týdnu je spokojená s množstvím aktivit i přesto, že se jedná stále o stejné aktivity. Pacientka uvádí, že nevykonává žádné aktivity, které by jí braly energii.

Pacientka získala v dotazníku OBQ11 celkový počet bodů 24, což je výrazně více než polovina z celkového počtu bodů, a je tedy možné označit její subjektivní vnímání spokojenosti s rovnováhou zaměstnávání za relativně vysoké.

**Shrnutí:** Pacientka vykazuje spokojenost se svým rozvržením aktivit, i přesto, že si uvědomuje, že mezi některými položkami není úplná rovnováha. Jako svou silnou stránku udává, že si vždy udělá čas na aktivity, které jsou potřeba udělat. Také si dává pozor, aby

vykonávala jen ty aktivity, které opravdu chce. Což je velmi důležité, ale zároveň ve spojení s dysexekutivním syndromem to může ztěžovat práci matce a zdravotníkům.

Práce s dotazníkem byla pro pacientku dobře srozumitelná a hodnotila jej jako přínosný nástroj jak pro ergoterapeuty, tak i pro pacienty.

#### **Doporučení na základě výsledků OBQ11:**

- nadále pokračovat v navržených plánech, konkrétně v poradenství s výběrem zájmů a podporou participace v ADL
- podrobnější vyšetření na subjektivní vnímání smysluplnosti a hodnoty zaměstnávání

#### **2.5.5 Kazuistika č. 5**

U pacienta (44 let) v roce 2016 došlo k subarachnoidálním krvácení z aneurysmatu a. basilaris, což vedlo k výrazné závislosti na pomoci druhých osob. Pacient potřebuje plnou dopomoc při jedení, přesunech, osobní hygieně, používání toalety a koupání. Oblékání zvládá částečně sám a kontinence není narušena. Instrumentální všední činnosti vykonávají rodinní příslušníci. Na obou HKK je patologie a těžká ataxie. Rozsahy aktivních i pasivních pohybů na HKK jsou bez omezení. Je narušená manipulace s předměty a vážne provedení drobných a dynamických úchopů. Dále je mírně narušená schopnost učení, náhled na své zdravotní obtíže a vizuopercepce a vizuokonstrukce na podkladě narušené grafomotoriky. Pacient má také mírně zpomalené psychomotorické tempo. Komunikace je výrazně omezená kvůli dysartrii a tracheostomii. Žije s rodinou, která o něj pečuje, v rodinném domě, kde je toaleta a umyvadlo (nedostane se pod něj s vozíkem) bariérou. Využívá mechanický vozík, polohovací postel, toaletní křeslo a chodítko. Pobírá invalidní důchod III. stupně a příspěvek na péči. Třikrát týdně má domácí péči, během které cvičí a trénuje chůzi v chodítku. Mezi jeho zájmy patří chov holubů a rybaření.

**Struktura dne:** Pacient vstává kolem 8. hodiny a snídá s rodiči. Dopoledne nejčastěji sleduje televizi nebo má domácí péči (třikrát do týdne). Trénuje chůzi v chodítku a nebo cvičí. Odpoledne mnohdy tráví čas na zahradě, kde krmí holuby a slepice. Také rád poslouchá rádio. Spát chodí kolem 21. hodiny. Spánek udává jako kvalitní.

#### **Cíle a plány:**

- Cíle pacienta: zvládnout se samostatně najíst, chůze
- Plány: terapie probíhají na KRL 1. LF UK a VFN

- trénink JM, zapojení do ADL, trénink přesunů

**Forma sběru dat a vyplnění OBQ11:** Pacient kvůli tracheostomii komunikuje verbálně jen minimálně. Zvládne při přidržení tracheostomie říct pár slov, ale je to pro něj velmi náročné. V jeho komunikaci tedy převažuje především gestika, mimika a pohyby hlavou. Proto byl při testování dotazníku využit předpřipravený papír se škálou odpovědí (silně nesouhlasím, nesouhlasím, souhlasím, silně souhlasím). Pacient tak mohl reagovat na čtené věty z dotazníku ukazováním na jednotlivé slovní odpovědi. Bylo také možné pokládat doplňující otázky, na které lze odpovídat gesty či jednotlivými slovy. Pacient byl spokojený s touto formou vyplňování dotazníku.

**OBQ11 vyplněný pacientem:**

1. *Cítím, že v typickém týdnu je věcí, které je třeba udělat, tak akorát.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      Souhlasím      Silně souhlasím*

2. *Mám rovnováhu mezi aktivitami, které dělám pro sebe, a které dělám pro ostatní.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      Souhlasím      Silně souhlasím*

3. *Dávám si pozor, že dělám věci, které opravdu dělat chci.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      **Souhlasím**      Silně souhlasím*

4. *Udržuji rovnováhu mezi různými druhy aktivit ve svém životě, př. práce, domácí práce, volnočasové aktivity, odpočinek a spánek.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      Souhlasím      Silně souhlasím*

5. *Mám dostatek času na věci, které musím dělat.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      **Souhlasím**      Silně souhlasím*

6. *Mám rovnováhu mezi svými fyzickými, společenskými, intelektuálními a relaxačními aktivitami.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      **Souhlasím**      Silně souhlasím*

7. *Jsem spokojený/á s množstvím času, který věnuji různým každodenním činnostem.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      **Souhlasím**      Silně souhlasím*

8. *Jsem spokojený/á s počtem aktivit, kterých se účastním v běžném týdnu.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      **Souhlasím**      Silně souhlasím*

9. Mezi věcmi, které musím dělat a které chci dělat, je dostatečná obměna (variace).

*Silně nesouhlasím    Nesouhlasím    Souhlasím    Silně souhlasím*

10. Mezi aktivitami, které mi energii dodávají a těmi, které mi energii berou, je rovnováha.

*Silně nesouhlasím    Nesouhlasím    **Souhlasím**    Silně souhlasím*

11. Jsem spokojený/á s množstvím času, který trávím odpočinkem, zotavováním a spánkem.

*Silně nesouhlasím    Nesouhlasím    Souhlasím    Silně souhlasím*

**Celkově získaný počet bodů: 17/33**

**Vyhodnocení OBQ11:** U položky č. 1, i přestože pacient odpověděl „souhlasím“, uvedl, že v typickém týdnu má málo aktivit, které je třeba udělat. Během vyplnění dotazníku bylo zjištěno, že u pacienta převažují aktivity, které dělá pro sebe (položka č. 2), je s tím tak ale spokojený. Udržovat rovnováhu mezi různými druhy aktivit (položka č. 4) se mu nedaří, převládá především sledování televize. U položky č. 11 pacient zmínil, že věnuje nadměrné množství času odpočinku, spánku a zotavování, s čímž není spokojený. Uvedl, že by se rád zúčastňoval většího počtu aktivit.

Pacient získal v dotazníku 17 bodů z možných 33, což značí, že jeho subjektivní vnímání spokojenosti s rovnováhou zaměstnávání je průměrné.

**Shrnutí:** Vyšetření dotazníkem muselo proběhnout modifikovaným způsobem, protože pacientova verbální komunikace je velmi omezená kvůli zavedené tracheostomii. Odpovídal ukazováním na jednotlivé odpovědi v předem připravené škále na papíru A4, popřípadě na doplňující otázky s jednoduchými odpověďmi.

Pacient je kvůli jeho fyzické disabilitě omezen v participaci velkého počtu aktivit, což vede k tomu, že jeho skóre získaných bodů v OBQ11 se pohybuje kolem poloviny celkového počtu možných bodů. Jeho rovnováha zaměstnávání tedy není dostatečná. V některých oblastech je však s nerovnováhou spokojený, konkrétně s převahou aktivit, které dělá pro sebe.

Pacient ohodnotil použitou metodu pro vyplnění dotazníku pozitivně a na závěr doporučil využívat OBQ11 v ergoterapeutické praxi.

**Doporučení na základě výsledků OBQ11:**

- zajistit lepší participaci pacienta ve větším počtu různorodých aktivit

- poskytnout edukaci rodinných příslušníků ohledně dopomoci s participací pacienta ve všech oblastech zaměstnávání
- poskytnout tipy na pasivní aktivity, které mohou zpestřit čas primárně určený pro odpočinek

### 2.5.6 Kazuistika č. 6

Pacient (19 let) se spastickou formou DMO (kvadruplegie), částečnou plegií na obou HKK. Na LHK je plegie výraznější, proto byl na ní proveden chirurgický zákrok (12/2021), při kterém došlo k discizi lig. carpi trans. volare sin., odpojení ADD I od MTC III a os capitatum, a tím došlo k uvolnění zkrácených flexorů zápěstí a prstů a supinátorů. Pacient je ve většině všedních aktivit plně závislý na dopomoci druhé osoby. Samostatně se nají lžící i vidličkou, pokud má tužší stravu nakrájenou, dále je plně soběstačný v mobilitě na elektronickém vozíku. Na mechanickém vozíku zvládne sám zdolat v pomalém tempu jen malou vzdálenost. Z instrumentálních ADL zvládá manipulaci s penězi s lehkou dopomocí za přidržení peněženky (nepoužívá platební kartu), dále zvládá práci na počítači (počítač bez žádné úpravy). K manipulaci s mobilem používá především PHK. Žije v 1. patře rodinného domu s rodiči. Bariéry v domě jsou schody (18 schodů), vana bez zvedáku nebo sedačky a toaleta - matka přesouvá pacienta mechanickou silou. Pacient má sníženou motivaci, jinak kognitivní a psychosociální funkce v pořádku. Velmi často pociťuje únavu zapříčiněnou nekvalitním spánkem. Pobírá invalidní důchod a studuje maturitní obor sociální činnost na škole při Jedličkově ústavě. Od pondělí do pátku je na internátu, kde mu s většinou všedních činností dopomáhají vychovatelky, o víkendu pobývá doma s rodinou, kde o něj pečuje především matka. Mezi jeho zájmy patří poslech hudby, procházky a sledování televize.

**Struktura dne:** Pacient vstává kolem 6:30, provede osobní hygienu (potřebná dopomoc jen s nanesením pasty na kartáček) a s oblékáním mu pomáhá vychovatelka/matka. Do školy se dostává samostatně na elektrickém vozíku. Rozvrh ve škole je každý den jiný - někdy obědvá ve školní jídelně a jindy až po škole na internátu. Odpoledne tráví většinu času na internátu, kde buď sleduje televizi, poslouchá muziku, je na mobilu nebo občas trénuje úchopy. Jedenkrát týdně dochází do pěveckého sboru. Udává, že má nekvalitní spánek, což je důsledkem únavy.

#### Cíle a plány:

- Cíle pacienta: zlepšit provádění úchopů, udržení rozsahů, najít zájmy, které by ho bavily

- Plány: 1x týdně ergoterapie a 1x týdně fyzioterapie (Jedličkův ústav), 1x za 14 dní bazén, 1x ročně pobyt v lázních
  - trénink úchopů, technika měkkých tkání, nácvik ADL

**Forma sběru dat a vyplnění dotazníku OBQ11:** Základní ergoterapeutické vyšetření a vyplnění dotazníku bylo provedeno v domácím prostředí pacienta. Pacient dostal na výběr ze dvou možností, kterými může vyplnit dotazník - samostatně nebo společně s terapeutem, kdy terapeut bude číst jednotlivé položky dotazníku a pacient bude odpovídat z výběru možných odpovědí. Pacient si vybral druhou možnost, a tak vyšetření dotazníkem proběhlo v rámci semistrukturovaného rozhovoru, což dopomohlo k otevření dalších témat.

### **OBQ11 vyplněný pacientem:**

1. *Cítím, že v typickém týdnu je věcí, které je třeba udělat, tak akorát.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      **Souhlasím**      Silně souhlasím*

2. *Mám rovnováhu mezi aktivitami, které dělám pro sebe, a které dělám pro ostatní.*

*Silně nesouhlasím      **Nesouhlasím**      Souhlasím      Silně souhlasím*

3. *Dávám si pozor, že dělám věci, které opravdu dělat chci.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      **Souhlasím**      Silně souhlasím*

4. *Udržuji rovnováhu mezi různými druhy aktivit ve svém životě, př. práce, domácí práce, volnočasové aktivity, odpočinek a spánek.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      **Souhlasím**      Silně souhlasím*

5. *Mám dostatek času na věci, které musím dělat.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      **Souhlasím**      Silně souhlasím*

6. *Mám rovnováhu mezi svými fyzickými, společenskými, intelektuálními a relaxačními aktivitami.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      **Souhlasím**      Silně souhlasím*

7. *Jsem spokojený/á s množstvím času, který věnuji různým každodenním činnostem.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      **Souhlasím**      Silně souhlasím*

8. *Jsem spokojený/á s počtem aktivit, kterých se účastním v běžném týdnu.*

*Silně nesouhlasím      Nesouhlasím      **Souhlasím**      Silně souhlasím*

9. Mezi věcmi, které musím dělat a které chci dělat, je dostatečná obměna (variace).

*Silně nesouhlasím*    *Nesouhlasím*                    ***Souhlasím***    *Silně souhlasím*

10. Mezi aktivitami, které mi energii dodávají a těmi, které mi energii berou, je rovnováha.

*Silně nesouhlasím*    ***Nesouhlasím***                    *Souhlasím*    *Silně souhlasím*

11. Jsem spokojený/á s množstvím času, který trávím odpočinkem, zotavováním a spánkem.

*Silně nesouhlasím*    *Nesouhlasím*                    ***Souhlasím***    *Silně souhlasím*

**Celkově získaný počet bodů: 20/33**

**Vyhodnocení OBQ11:** Pacient zmiňoval, že je pro něj těžké hodnotit, jaké má rozložení aktivit. Na každou položku potřeboval vždy více času, aby se mohl rozhodnout pro svou odpověď. U položky č. 2 pacient zmínil, že dělá spíše věci pro sebe, než pro ostatní. Důvodem je především jeho fyzické omezení. U položky č. 3 si nebyl jistý odpovědí, kvůli tomu, jestli se mu to daří úplně po každé, proto se rozhodl pro odpověď „Souhlasím”. U 9. věty bylo nutné podrobnější vysvětlení, jak je tato věta myšlena, konkrétně slovo variace bylo pro pacienta těžko uchopitelné ve spojení s rozložením aktivit. Položka č. 10 odhalila, že u pacienta převažují aktivity, které mu energii berou, což bylo zjištěno i během základního ergoterapeutického vyšetření.

I přesto, že pacient je kvůli fyzické disabilitě výrazně omezen v participaci některých aktivit, získal v dotazníku OBQ11 20 bodů z 33, což je více než polovina. Lze hodnotit jeho subjektivní vnímání spokojenosti s rovnováhou zaměstnávání jako relativně vysoké.

**Shrnutí:** Během vyplňování dotazníku bylo možné pozorovat, že u některých položek je pro pacienta těžké odpovídat. Mohlo to být zapříčiněno tím, že u mnoha jeho odpovědí na položky z dotazníku by si přál odpovědět jinak, ale kvůli svému výraznému fyzickému omezení se nemůže participovat ve více různých aktivitách. Byl by rád, kdyby činnosti, které dělá pro sebe a ty které dělá pro ostatní, byly v rovnováze.

Pacient ohodnotil dotazník jako srozumitelný, zajímavý a smysluplný pro českou ergoterapii. Zmínil, že při vyplňování OBQ11 se jedinec zamyslí nad věcmi, nad kterými běžně nepřemýšlí. Měl také velmi pozitivní zpětnou vazbu k tomu, že položky z dotazníku byly čtené terapeutem. Přišlo mu to jako vhodnější metoda oproti té, kdy by pacient vyplnil dotazník samostatně.



## **Doporučení na základě výsledků OBQ11:**

- zařadit do terapií poradenství s výběrem zájmových aktivit
- umožnit pacientovi participaci ve více typech aktivit (mohl by si díky tomu vyzkoušet, které by jej bavily)
- úprava domácího prostředí v podobě odstranění bariér (to by umožnilo pacientovi větší participaci v ADL, vedlo k větší soběstačnosti a také k vyšší rovnováze zaměstnávání)
- terapie zaměřené na získání ztracené motivace (potřebná nejen pro zkoušení nových aktivit a jejich udržení)

## **2.6 Práce s dotazníkem OBQ11**

Hodnocení je v mnoha případech nutné doplnit dialogem relevantním k určitým položkám OBQ11, aby se zjistilo, jestli je potřeba provést nějaké změny související s rovnováhou zaměstnávání, a případně jakých změn se to týká. Poté ergoterapeut s pacientem stanoví cíle a následují intervence k jejich dosažení. K následné intervenci lze opět využít dotazník OBQ11, který pomůže rozpoznat, zda došlo k nějakým změnám. (podle instrukcí Carity Håkansson - autorky dotazníku)

Práce s dotazníkem trvala v rozmezí 5 až 15 minut. Na čas, který byl potřeba pro vyplnění dotazníku, měl vliv způsob vyplňování a počet doplňujících otázek.

### **2.6.1 Bodování**

Dotazník obsahuje 11 položek. Každá položka je skórována čtyřbodovou ordinální škálou od „silně nesouhlasím“ (bodováno 0) po „silně souhlasím“ (bodováno 3). To tedy znamená, že skóre každé položky se může pohybovat v rozmezí 0-3 body, kdy vyšší hodnota značí lepší rovnováhu zaměstnávání.

Celkové skóre se tedy může pohybovat v rozmezí 0-33 bodů. Celkově vyšší počet bodů značí lepší rovnováhu zaměstnávání.

### **2.6.2 Analýza výsledků**

Každá položka může být analyzována odděleně nebo lze počet bodů ze všech položek sečíst do celkového skóre, a to následně analyzovat jako celek. Vzhledem k tomu, že je dotazník OBQ11 založen na ordinální škále, je upřednostňováno uvádění jeho mediánu jak v případě jednotlivé položky, tak i u celkového skóre. Dále autorky doporučují z důvodu používání ordinální škály analyzovat nástroj pomocí neparametrické statistiky. Vyhodnocení výsledků z ordinální škály je snadné. Sečtení získaných bodů zabere minimální čas a umožňuje

dobré číselné znázornění vnímané rovnováhy zaměstnávání, kdy se porovná celkový možný počet bodů s počtem získaných bodů u konkrétního pacienta.

Pokud bylo vyplňování dotazníku doplněno o semistrukturovaný rozhovor, kdy ergoterapeut četl pacientovi jednotlivé položky, a bylo zjištěno více informací o rovnováze zaměstnávání či jiných oblastech, je zásadní vedle základní analýzy dat provést také analýzu informací získaných během rozhovoru. V tomto případě je možné analyzovat data rovnou s pacientem během nebo po vyplnění dotazníku OBQ11, což může být forma jakési reflexe, zrekapitulování informací. To může dopomoc k lepšímu a snazšímu společnému plánování následných intervencí a stanovení cílů.

### **2.6.3 Výhody OBQ11**

Dotazník rovnováhy zaměstnávání OBQ11 je nástroj, kterým lze snadno a rychle vyšetřit rovnováhu zaměstnávání. Zároveň použití tohoto nástroje může ve většině případů navést terapeuta na mnoho dalších otázek týkajících se nejen rovnováhy zaměstnávání, ale také struktury dne/týdne či vnímané hodnoty a smysluplnosti konkrétních aktivit. Tudíž vyšetření pomocí OBQ11 může být daleko více rozsáhlejší a ergoterapeut díky němu může získat o pacientovi informace, které by během základního ergoterapeutického vyšetření pravděpodobně nezjistil. A jelikož OBQ11 lze zařadit i mezi sebehodnotící nástroje, informace získané z dotazníku mohou být ve většině případech velmi přínosné i pro samotného pacienta. Ten může díky jeho vyplnění lépe porozumět vlastní osobě, svému zdravotnímu stavu a psychické pohodě.

Práci s dotazníkem OBQ11 hodnotí autorka velmi pozitivně. Jeho administrace je jednoduchá a rychlá. Položky jsou dobře srozumitelné a jednoznačné. Zároveň nejsou specifické, což umožňuje využití dotazníku u všech skupin pacientů bez ohledu na věk, diagnózu, kulturní pozadí nebo profesi.

### **2.6.4 Nevýhody OBQ11**

Dotazník neobsahuje žádné instrukce, jak ohodnotit konkrétní získané body. Chybí předem stanovené např. 3 intervaly po určení rovnováhy zaměstnávání. Například bodové skóre, které by bylo v intervalu 0 až 11 bodů, by značilo nerovnováhu zaměstnávání; 12 až 22 získaných bodů by značilo nízkou (nedostatečnou, nevyhovující) rovnováhu zaměstnávání; a bodové skóre v intervalu 23 až 33 by znamenalo vysokou (dostatečnou, vyhovující) rovnováhu zaměstnávání.

Možnou nevýhodou pro některé jedince může být malá specifikace dotazníku.

### **2.6.5 Zpětná vazba od pacientů**

Všichni pacienti, kteří se zúčastnili vyšetření pomocí OBQ11, se shodli, že položky v dotazníku jsou srozumitelné a dobře pochopitelné. Jen jeden pacient měl připomínky k malé specifikaci položek, avšak hlavní záměr při vývoji tohoto nástroje byl, aby mohl být využit u širokého spektra osob. V rámci testování byla získána pozitivní zpětná vazba na jeden ze způsobů vyšetřování dotazníkem, kdy byly jednotlivé položky nástroje pacientovi čteny. Dle respondentů to vedlo ke snazšímu uvědomování odpovědí. Celkově byl dotazník pacienty hodnocen jako přínosný nástroj a vhodný pro zařazení do ergoterapeutického vyšetření.

### **2.6.6 Využití OBQ11**

Dotazník OBQ11 se používá především jako screeningový nástroj v ergoterapii, slouží také pro stanovení pacientovo priorit a plánování intervencí v rámci ergoterapie podporující zdraví. Může mít také praktický význam jako nástroj pro zjišťování rovnováhy zaměstnávání u obecné populace (Håkansson, Wagman a Hagell, 2020). Nástroj lze využít u velké většiny pacientů s nejrůznějšími diagnózami. Jediné podmínky, které jsou potřeba u testovaného pacienta zajistit, jsou zachovaný alespoň částečný náhled na svou situaci a žádné nebo minimální narušení kognitivních funkcí.

Wagman et al. (2021) udává, že dotazník má dobré využití u osob s depresí a/nebo s úzkostí. Dále je doporučováno vyšetření rovnováhy zaměstnávání u lidí s chronickými obtížemi (Hernandez et al., 2023). Je možné jej využít i u pacientů v paliativní medicíně, kdy intervence zaměřená na rovnováhu při každodenních činnostech vyžaduje komplexní pojetí, což znamená propojení zásad rehabilitace a paliativní péče. Zajistí se tak udržení funkční úrovně pacienta a zároveň se poskytne potřebná úleva a podpora (Pilegaard, 2022).

Park et al. (2021) ještě vyzdvihuje důležitost vyšetření rovnováhy zaměstnávání u jedinců ve vyšším věku, protože rozmanitost každodenních činností má u seniorů tendenci klesat. Starším dospělým se tedy doporučuje objevovat nové aktivity, které jim pomohou trávit čas co nejaktivněji. Denní režim bez smysluplných činností a zároveň s nižší mírou aktivity může u starší populace vést k poklesu fyzických a/nebo kognitivních funkcí.

## **2.7 Doporučení pro práci s dotazníkem**

Vzhledem k tomu, že OBQ11 je krátký nástroj, který se zaměřuje na měření rovnováhy zaměstnávání z hlediska zkušeností lidí s množstvím a variabilitou jejich zaměstnávání bez ohledu na to, o jaká zaměstnání se jedná, je proto vhodné jej kombinovat s nástroji, které

hodnotí jiné aspekty související s rovnováhou zaměstnávání a strukturou dne. Může to být nástroj Life Balance Inventory (LBI) nebo instrumenty hodnotící význam nebo hodnotu zaměstnávání, pro což lze využít nástroj Occupational Value Assessment s předdefinovanými položkami (OVal-pd). Zároveň je také přínosné zařadit hodnocení sociálního prostředí. Díky použití většího množství nástrojů je možné zachytit širší spektrum důležitých aspektů, které ovlivňují rovnováhu zaměstnávání. (Håkansson, Wagman a Hagell, 2020)

Dále je také možné doplnit OBQ11 o vyšetření vnímaného stresu, pro které lze využít Perceived Stress Scale vyvinutou v roce 1983. Je to škála o 14 položkách, která má značnou reliabilitu a validitu, představuje tedy potenciální nástroj pro zkoumání otázek týkajících se role hodnocených úrovní stresu v etiologii nemocí a poruch chování. (Cohen, Kamarck a Mermelstein, 1983)

Před samotným použitím dotazníku je důležité vědět, zda má pacient náhled na svůj zdravotní stav. Právě pacienti s kognitivním deficitem (nejčastěji po získaném poškození mozku) mají s náhledem často obtíže. Náhled (insight) a sebeuvědomování (self-awareness) definují Meriano a Latella (2016) jako pojmy vyjadřující míru, do jaké si pacient uvědomuje svoje deficity. Krivošíková a Angerová (2021) však zmiňují, že tyto pojmy nemají sjednocenou definici a různí autoři je vysvětlují odlišně. Ve svém článku také popisují nejčastější nástroje, kterými lze vyšetřit náhled pacienta: Patient Competency Rating Scale (PCRS), Awareness Questionnaire (AQ), Self-Awareness of Deficits Interview (SADI) and Self-Regulation and Skills Interview (SRSI).

Klidné a tiché prostředí je rozhodně zásadní pro správné a kvalitní ergoterapeutické vyšetření, což platí i pro vyplnění dotazníku OBQ11. Zároveň před začátkem vyplňování dotazníku je velmi důležité, aby byl pacient alespoň okrajově seznámen s konceptem rovnováhy zaměstnávání a jeho vlivem na kvalitu života.

### 3 DISKUZE

Bakalářská práce shrnuje základní informace o několika nástrojích, které mohou být využity v ergoterapeutickém vyšetření pro získání dat o struktuře dne a dalších oblastech s ní souvisejících. Pro kontext jsou v teoretické části vysvětleny základní ergoterapeutické pojmy a také méně časté, ale neméně důležité pojmy jako třeba participace, rovnováha zaměstnávání a role. Znalost těchto ergoterapeutických konceptů je důležitá nejen pro kvalitnější vyšetření, ale také pro pochopení souvislostí a holistický přístup k pacientovi. Nechybí ani kapitoly zaměřené na stručné představení ergoterapeutických modelů, které z části pojednávají o struktuře dne.

Při vyhledávání určitých nástrojů nebylo možné vyhledat dostatečný počet relevantních zdrojů. To je důvod, proč jsou některé nástroje popsány jen stručně. Zároveň nejsou shrnuté informace pouze o oficiálních hodnotících instrumentech, ale jedna kapitola zmiňuje důležitost rozhovoru jako účinnou metodu pro získávání podrobných informací nejen o denním režimu, ale také o oblastech s ním souvisejících. Tato bakalářská práce tedy může sloužit jako jakýsi zdroj sjednocující základní informace o možnostech vyšetření struktury dne, a tím usnadnit ergoterapeutům výběr vhodných nástrojů. Bortnick (2017) zmiňuje, jak nezbytné je používání adekvátních hodnotících nástrojů, jelikož hrají významnou roli nejen v terapeutickém procesu, ale také při poskytování efektivních ergoterapeutických služeb jako celku, kde jejich využití může pomoci při podpoře zdraví, well-beingu a participaci jedinců, kteří mají nějaké onemocnění či funkčními deficity.

V žádné odborné literatuře a člancích nebyla dohledána data k „activity log“ neboli záznamníku aktivit. Principem této metody je, že si pacient zaznamenává všechny aktivity během dne/týdne. K záznamu aktivit je možné přiřadit i pocity, které doprovázely výkon dané činnosti, případně lze záznam modifikovat více způsoby podle zaměření ergoterapeutických intervencí. Aktivity je možné zaznamenávat do diáře nebo například do mobilního telefonu, záleží na preferencích daného pacienta. Této formě získávání dat je v ergoterapii přisuzována významná role právě díky zajištění podrobného vyšetření denního režimu pacienta. To také potvrdily stáže jak v Česku, tak i ve Švédsku, kde se tato metoda velmi hojně využívá. Informace získané od ergoterapeutů o této metodě jsou popsány v kapitole *Deník pro záznam denních aktivit*, dále je doplňují informace z webového zdroje a stručně je v kapitole zmíněn i oficiální nástroj ACTRE (Activity Record) vytvořený Národním institutem zdraví. Ten se však používá pouze pro zápis a hodnocení fyzických aktivit (Jason et al., 2009).

V teoretické části není však zmínka o kruhovém grafu, což je též možnost pro vyšetření struktury dne, kdy se graficky znázorní rozvržení aktivit během dne. Tato metoda pro získání dat je v ergoterapii vcelku často využívána, ale v žádné literatuře ani odborných člancích nebyla dohledána data o této možnosti vyšetření. To je důvod, proč nebyla zařazena do teoretické části i přesto, že může být velmi přínosná v rámci vyšetření zaměřeného na strukturu dne.

Část praktická se zaměřuje na proces překladu dotazníku Occupational Balance Questionnaire 11, OBQ11 (Dotazník rovnováhy zaměstnávání - překlad autora), jeho testování s pacienty a shrnutí získaných poznatků. Informace o pacientech, kteří se zúčastnili testování dotazníku, jsou sepsané do stručných diagnostických kazuistik. OBQ11 je nástroj, který hodnotí rovnováhu zaměstnávání, a byl vytvořen švédskými ergoterapeutkami Caritou Håkansson a Petrou Wagman, které se již několik let věnují právě konceptu rovnováhy zaměstnávání. Wagman, Håkansson a Björklund (2012) popisují rovnováhu zaměstnávání jako subjektivní vnímání spokojenosti s množstvím a variabilitou zaměstnávání.

Rovnováha zaměstnávání je důležitý ergoterapeutický koncept, proto je nezbytné jej umět hodnotit (Håkansson et al., 2020). Zachování participace v každodenních aktivitách je zásadní pro osobní well-being a kvalitu života. Pokud se jedinci účastní různých činností, mohou dosáhnout harmonického stavu v participaci (Park et al., 2021). Právě kvůli důležitosti rovnováhy zaměstnávání v životě jedince byl pro překlad vybrán dotazník OBQ11. Je to nástroj, který poskytuje validní a reliabilní měření rovnováhy zaměstnávání (Håkansson et al., 2020). Zároveň byl úspěšně přeložen již do mnoha jazyků (norština, arabština, španělština, turečtina), což může značit jeho dobrou kvalitu a široké spektrum využití.

Dotazník OBQ11 je již druhou verzí tohoto dotazníku. Håkansson, Wagman a Hagell (2020) popisují, že původní verze dotazníku OBQ se 13 položkami byla zkoumána pomocí Rasch modelu (Rasch measurement theory, RMT), což mělo za výsledek tvorbu novější verze OBQ11. Na rozdíl od předchozích analýz založených na Classic Test Theory (CTT) bylo díky RMT zjištěno několik důležitých prvků. Za prvé, původní škála odpovědí nefungovala tak, jak bylo zamýšleno, a redukce ze 6 na 4 kategorie odpovědí dotazník zlepšila bez ztráty reliability. Za druhé, 2 položky byly nevhodné v důsledku multidimenzionality, což bylo možné pochopit z hlediska teorie. Vznikl tak koncepčně více srozumitelný a reliabilní dotazník o 11 položkách, se 4 funkčními kategoriemi odpovědí, přijatelným modelovým přizpůsobením, invariancí měření napříč věkem a pohlavím a logickým hierarchickým uspořádáním položek. Nová verze OBQ11 s 11 položkami a 4 kategoriemi odpovědí splňuje tedy kritéria měření, která jsou

definovaná RMT. Díky tomu může být OBQ11 přínosný pro hodnocení úrovně vnímání rovnováhy zaměstnávání jak u skupin, tak u jednotlivců.

Přístup Classic Test Theory (CTT), který hodnotí měřicí parametry škál, má svá omezení. Například se opírá o těžko testovatelné předpoklady a je z velké části založen na korelačních analýzách, které mají omezenou relevanci pro koncept měření. Kromě toho CTT neumožňuje snadné posouzení základních aspektů procesu měření, např. zda kategorie odpovědí korespondují s předpoklady a nebo zda nástroj funguje stejným způsobem v různých skupinách respondentů. Kdežto RMT poskytuje efektivnější alternativu, protože určuje, do jaké míry pozorovaná data odpovídají modelu. RMT je obecný jednodimenzionální model, který měří latentní proměnné, a je založen na stejných principech jako měření ve fyzikálních vědách; RMT uvádí, že pravděpodobnost určité odpovědi na položku je závislá na hodnocené osobě (na hodnoceném konstrukt). Model RMT poskytuje podrobný popis toho, do jaké míry jsou odpovědi na položky přínosné při vytváření objektivních měř. RMT navíc umožňuje zkoumat soulad mezi nástrojem a jeho základní teorií. RMT je teoreticky i klinicky vhodná pro posuzování měřících vlastností nástrojů, které jsou založené na hodnotících škálách. (Håkansson, Wagman a Hagell, 2020)

Nutno také zmínit, že během vyhledávání informací o OBQ11 se narazilo na nástroj nesoucí název OBQ, což může vést k záměně těchto dvou nástrojů nebo určitě k záměně s původní verzí dotazníku, protože ta nese shodný název. Tento nástroj byl vytvořen na základě kvalitativní analýzy životních příběhů, díky čemuž se mohly identifikovat prvky rovnováhy zaměstnávání a následně z nich vytvořit dotazník určený pro měření položek, které doposud nemohly být hodnoceny, jelikož je žádný existující nástroj nehodnotil. (Dür et al., 2014) Kvůli malému počtu dohledaných informací o tomto nástroji a jeho možné záměně s OBQ11 o něm nebyla sepsána kapitola v teoretické části této BP.

Během překladu OBQ11 z anglického jazyka do českého jazyka se objevily 2 drobné nesrovnalosti, na které se přišlo díky zpětnému překladu a kontrole autork. Až na malé nuance u položek číslo 1 a 9, hodnotily autorky překlad velmi kladně. U položky č. 1 byla drobná odlišnost ve slově vyjadřující množství aktivit. Nakonec bylo vybráno slovo „akorát“, což bylo nejvíce významově shodné s původním anglickým spojením „just right“. Dále byl zaznamenán rozdíl v překladu u položky č. 9, a to konkrétně u slova „variance“. To je v původní verzi použito, nikoliv však ve sjednoceném prvním překladu. Důvodem toho, proč se prvně nepoužilo slovo „variance“ byla nejistota, zda by pro většinu české populace byla právě verze

s použitím slova „variance“ dostatečně srozumitelná. Proto se původně zamýšlelo o použití slova „rozdíl“. I když se tato slova významově liší jen minimálně, nejedná se však o synonyma. Proto nakonec finální český dotazník obsahuje slovo „obměna“ a v závorce „variance“. Tím se tak předešlo možné změně ve významu u položky č. 9.

Dotazník obsahuje předem stanovené čtyři kategorie odpovědí, ze kterých je možné vybírat odpověď na každou položku. Jsou to odpovědi „souhlasím“ a „nesouhlasím“ a pro jejich zdůraznění je v původní verzi dotazníku využito příslovce „strongly“. Při překladu bylo ponecháno naprosto shodné příslovce, tedy „silně“. Respondenti tak mohou v české verzi dotazníku odpovídat na položky z výběru odpovědí: „silně nesouhlasím“, „nesouhlasím“, „souhlasím“, „silně souhlasím“. Díky ponechání naprosto stejného příslovce, bylo provedení zpětného překladu jednodušší a nedošlo ke změně validity dotazníku.

Rovnováha zaměstnávání se zaměřuje na subjektivní vnímání člověka, bez ohledu na zahrnuté zaměstnávání a vzorce, a je třeba si uvědomit, že lidé mohou považovat za správnou míru a variabilitu velmi odlišné druhy zaměstnávání (Wagman et al., 2021). To souvisí i s tím, že i přestože OBQ11 detekuje nerovnováhu v nějaké konkrétní oblasti zaměstnávání, což značí zisk nižšího počtu bodů u jistých položek dotazníku, tak ne vždy to koreluje se subjektivním vnímáním nespokojenosti. Lze to vysvětlit také tak, že ne vždy rovnováha v určité oblasti zaměstnávání může být pro jedince důležitá, což může vést k tomu, že nerovnováha v zaměstnávání je jedincem vnímána pozitivně.

Tím, že je rovnováha zaměstnávání subjektivní prožitek jedince, je také úzce spojena se sebehodnocením kvality života a spokojeností s výkonem zaměstnávání. Proto je velmi přínosné využít v ergoterapeutické praxi spolu s OBQ11 i další nástroje pro podrobné vyšetření struktury dne. Je možné jmenovat Occupation Value Assessment (OVal-pd) vycházející z modelu Value and Meaning in Occupations ValMO (Eakman et Eklund, 2011), Engagement in Meaningful Activities Survey, zkráceně EMAS (Judith, 2022), The Satisfaction with Daily Occupations (SDO) a The Satisfaction with Daily Occupations and Occupation Balance (SDO-OB) (Vidaña-moya et al., 2020).

Pro podrobnější vyšetření struktury dne a rozložení aktivit je také možnost využít výše popsaný záznam denních aktivit (activity log) nebo nástroj Life Balance Inventory (Matuska, 2011). Life Balance Inventory vyšetřuje čtyři dimenze potřeb: (1) zajištění základní instrumentální potřeby pro udržení fyzického bezpečí a zdraví, (2) naplňující a sebeutvrzující vztahy s ostatními, (3) pocit kompetence, zapojení a dostatek výzev a (4) pocit spokojenosti



s personální identitou. Optimálně by všechny tyto dimenze potřeb měly být zajištěny při každodenních činnostech (Matuska, 2011).

I přestože má dotazník OBQ11 nízkou specifikaci a je díky tomu vhodný pro téměř každého jedince, je před jeho použitím nezbytné, aby byl ergoterapeut seznámen s tím, zda má pacient alespoň z části zachované kognitivní funkce a náhled na svou situaci. Dle Krivošíkové a Angerové (2021) je právě náhled často narušen u pacientů po získaném poškození mozku. Tyto informace lze zjistit ergoterapeutickým vyšetřením, do kterého je možné zařadit např. Self-Awareness of Deficits Interview. Jedná se o nejvíce používaný nástroj určený k získání kvalitativních i kvantitativních informací o stavu sebeuvědomění (náhledu) pacienta. Ten je dotazován na uvědomování si deficitů a s nimi související funkční omezení. Tímto rozhovorem je také možné hodnotit schopnost pacienta stanovit si pro sebe realistické cíle (Radomski a Trombli, 2014). Zároveň pro získání důležitých informací o pacientovi před samotným použitím dotazníku je také velmi důležitá multidisciplinární spolupráce.

Před samotným použitím dotazníku je také velmi vhodné stručně seznámit pacienta s konceptem rovnováhy zaměstnávání a jeho vlivem na kvalitu života. Pacient pak díky tomu může lépe porozumět důležitosti zařazení OBQ11 do ergoterapeutického vyšetření, ale také možným vlivům struktury dne na jeho well-being. Před zahájením práce s dotazníkem je také důležité pacienta krátce informovat o průběhu vyplňování dotazníku. Na závěr, po vyhodnocení, následuje společné shrnutí získaných dat a vytvoření plánu pro další intervence. Autorky dotazníku poskytly radu, že dotazník OBQ11 je možné využít nejen ve vstupním ergoterapeutickém vyšetření, ale také v průběhu terapií, jako nástroj hodnotící zlepšení (nebo naopak zhoršení).

Dhas a Wagman (2022) píší o tom, že na rovnováhu zaměstnávání jedince má vliv i vnější vnímání vzorce zaměstnávání (occupational pattern), kdy především společnost a nejbližší osoby mohou zasahovat do rovnováhy zaměstnávání jedince. Proto je vhodné brát v úvahu při intervencích nejen subjektivní vnímání rovnováhy zaměstnávání, ale zároveň i vnější vnímání vzorce zaměstnávání. Pokud totiž dochází ke konfliktu mezi rovnováhou zaměstnávání (subjektivní vnímání jedince) a vnějším vzorcem zaměstnávání (požadavky/očekávání společnosti), je možné se zaměřit na vzorce zaměstnávání v komunitě. Proto by se intervence založená na rovnováhu zaměstnávání neměla být zaměřená pouze na podporu individuální rovnováhy zaměstnávání, ale také na facilitaci vzorců zaměstnávání,

kteří jsou pro jedince vyhovující, vedou ke stavu vnímané vysoké rovnováhy zaměstnávání a zároveň jsou v souladu s očekáváním komunity.

Pro vyhodnocování bodů získaných v OBQ11 chybí škála, která by určovala, co konkrétní počet získaných bodů znamená. Proto u každého vyhodnocení OBQ11, které je součástí všech kazuistik v praktické části, je připsáno jak číselné skóre získaných bodů, tak i slovní popis výsledku. Při komunikaci s autorkami ohledně procesu překladu a samotné práce s dotazníkem, poskytly autorky mnoho cenných rad a také instrukce k vyhodnocování bodů získaných v dotazníku. Dle instrukcí je jedna možnost vyhodnocení porovnat celkový počet bodů s počtem získaným. Jako druhou možnost autorky doporučují uvádění mediánu ze získaného počtu bodů. Tato možnost však v této BP využita nebyla, jelikož není tak jednoznačná a pro čtenáře by mohlo být náročné představit si pod hodnotou mediánu míru rovnováhy zaměstnávání. K OBQ11 totiž není vytvořena škála, která by udávala přesný slovní popis/ohodnocení rovnováhy zaměstnávání u jedince podle získaného počtu bodů nebo hodnoty mediánu. Proto by bylo vhodné vytvořit oficiální škálu, která by přesně určovala míru rovnováhy zaměstnávání podle počtu získaných bodů v OBQ11. Tato problematika je podrobněji popsána v podkapitolách *Bodování a Analýza výsledků*.

Pro lepší vykreslení obrázku o pacientovi, a především o jeho rovnováze zaměstnávání, byl do každé kazuistiky zařazen vyplněný dotazník OBQ11. Uvažovalo se o sepsání pouze zvolených odpovědí k jednotlivým položkám, ale pro to, aby mohl mít čtenář o pacientově rovnováze zaměstnávání celistvý obrázek, musel u každé kazuistiky listovat k dotazníku v přílohách. Ale jelikož je dotazník krátký a složen pouze z 11 položek, bylo vhodné jej zařadit do praktické části, přímo ke kazuistikám. Jeho přiřazení do textu nijak výrazně nenarušuje čtení textu.

Při práci s dotazníkem OBQ11 bylo zjištěno, že ve většině případů je vhodný způsob vyplňování dotazníku, jak pro terapeuta, tak i pro pacienta, když terapeut předčítá jednotlivé položky dotazníku respondentovi a zaznamenává odpovědi sám. Tím se minimalizují chyby, např. chyby zapříčiněné nepochopením položek/zadání nebo nesprávným vyplněním, a také se tím může snížit kognitivní náročnost kladená na pacienta při vyplňování dotazníku (Bowling, 2005). Zároveň Dujaili et al. (2016) zmiňují, že pro některé pacienty může tazatel (v případě OBQ11 ergoterapeut) představovat rušivý faktor při vyplňování dotazníku. Ale pacienti, kteří se zúčastnili testování dotazníku v rámci BP, zmínili, že způsob vyplňování dotazníku společně s terapeutem je pro ně jednodušší a zároveň s sebou přináší i lepší

uvědomování při výběru odpovědí. Další výhodou tohoto způsobu je možnost pozastavení se u jednotlivých položek, pokud pacient cítí, že k nim má relevantní poznámky, které může s ergoterapeutem sdílet.

V rámci praktické části byly vyzkoušeny celkem tři způsoby vyplňování dotazníku. V prvním případě vyplňovali dotazník sami pacienti, v druhé byly položky předčítány terapeutem a třetí způsob byl vyzkoušen u pacienta s omezenou verbální komunikací (z důvodu zavedené tracheostomie). V tomto případě bylo možné využít první variantu, kdy by pacient vyplnil dotazník samostatně, pouze označením odpovědí. To by však vedlo k absenci výhod u přístupu, kdy terapeut a pacient vyplňují OBQ11 společně. Proto bylo vyšetření přizpůsobeno přímo pacientovi, kdy se provedla úprava způsobu vyplňování dotazníku. Jeho průběh probíhal tak, že před vyplňováním dotazníku byl připraven list papíru se škálou 4 možných odpovědí na položky dotazníku. List papíru byl následně předložen před pacienta. Ten souhlasil, že mu vždy bude přečtena věta, a on bude odpovídat ukázáním na jednu odpověď. Tato modifikace s sebou nepřinesla žádné změny, které by mohly ovlivnit počet získaných bodů, tedy snížit validitu výsledku. Díky tomu zůstala ergoterapeutovi možnost podávat doplňující otázky, na které lze odpovídat gesty či jednotlivými slovy. Pacient hodnotil tento způsob vyplňování dotazníku pozitivně.

Během testování OBQ11 bylo zjištěno, že překlad dotazníku proběhl úspěšně, jelikož jej pacienti označili jako dostatečně srozumitelný. OBQ11 byl vyzkoušen i u pacienta, jehož mateřský jazyk nebyla čeština, ale ukrajinština a ruština. To o nástroji naznačuje, že není nijak složitý a je možné jej využít i u pacientů, kteří nejsou české národnosti, ale již ovládají český jazyk na určité úrovni. Díky dobré srozumitelnosti je také možné zvážit použití dotazníku u jedinců, u nichž je přítomen lehký deficit kognitivních funkcí.

## 4 ZÁVĚR

Při zpracování bakalářské práce bylo popsáno několik nástrojů a jiných možností, kterými lze v ergoterapii vyšetřit oblast související se strukturou dne. Nástroje, které by hodnotily přímo strukturu dne, nebyly dohledány, ale šlo především o instrumenty hodnotící oblasti úzce spojené se strukturou dne. Konkrétně se jedná o rovnováhu zaměstnávání, vnímanou hodnotu a smysluplnost zaměstnávání (occupational value, meaning in occupation) a životní rovnováhu. Velmi přínosný může být záznam aktivit, kdy si pacient zapisuje prováděné aktivity a může k nim přiřadit i různé poznámky týkající se například pocitů, bolestivosti nebo únavy doprovázející výkon dané aktivity. Velmi podstatnou část ergoterapeutického vyšetření tvoří rozhovor, jenž může být též velmi účinný způsob pro získání dat o struktuře dne u daného pacienta.

Teoretická část BP popisuje nejen nástroje, ale také modely, které se zaobírají strukturou dne a dalšími aspekty s ní související. Pro strukturu dne je velmi zásadní, jaké má jedinec zvyky, role a jak vypadá jeho participace. Všechny tyto aspekty totiž výrazně ovlivňují režim dne u jedince, a pokud v nějaké oblasti dojde ke změně a/nebo omezení, změní se i celá struktura dne.

Praktická část je zaměřená na Dotazník rovnováhy zaměstnávání, Occupational Balance Questionnaire 11 (OBQ11). Tento dotazník byl vybrán pro překlad a testování proto, že byl již přeložen do několika jazyků a je velmi hojně používán ergoterapeutkami v mnoha zemích. A právě rovnováha zaměstnávání je velmi důležitým konceptem v ergoterapii. Jelikož v Česku zatím není dostupný žádný dotazník pro její hodnocení, byl překlad a vyzkoušení OBQ11 zvolen za cíl praktické části.

Překlad dotazníku byl odsouhlasen autorkami Caritou Håkansson a Petrou Wagman a poté následoval celý proces, během kterého se postupovalo dle pokynů a standardů pro překlad nástrojů, které hodnotí výsledky uváděné pacienty (Wild, 2005). V rámci překladu dotazníku OBQ11 nemusela být provedena kulturní adaptace, jelikož je nástroj vyvinut tak, aby mohl být využit u pacientů s rozdílným kulturním pozadím. Celkově je to tedy nástroj minimálně specifický, tudíž je možné s ním hodnotit rovnováhu zaměstnávání u jedinců jakéhokoliv věku a povolání. Bylo nutné provést jen malé změny, které však neovlivnily validitu dotazníku.

Po zhotovení zpětného překladu a jeho kontrole autorkami bylo nutné provést pár drobných změn. Poté následovala pilotáž a samotné testování nástroje s 6ti pacienty.

S dotazníkem se pracovalo velmi dobře, administrace u něj probíhá rychle. Dále je díky jeho zařazení do základního ergoterapeutického vyšetření možné získat mnoho podstatných informací pro následující terapie.

Během testování OBQ11 bylo zjištěno, že nejlepší formou vyplnění dotazníku je, když terapeut čte pacientovi jednotlivé položky. To totiž může přinést do vyšetření mnoho dalších otázek a prohloubit získané informace o rovnováze zaměstnávání u vyšetřovaného jedince. Závěrečné hodnocení se dělá takovým způsobem, že se jednotlivé odpovědi bodují a následně se sečtou v celkové skóre, které se pak srovná s celkovým počtem. U dotazníku však chybí oficiální škála, která by udávala konkrétní míru rovnováhy zaměstnávání podle získaného počtu bodů v OBQ11.

Pacienti, kteří se zúčastnili testování dotazníku OBQ11, hodnotili nově přeložený dotazník jako srozumitelný, a jeho překlad je považován za úspěšný. Dobrou srozumitelnost dotazníku také potvrzuje to, že je vhodný i pro vyšetření jedinců, jejichž mateřský jazyk není čeština (avšak je nutná její dobrá úroveň). Dále lze OBQ11 využít u jedinců s omezenou verbální komunikací, ale v tomto případě je nutná určitá modifikace.

OBQ11 je velmi přínosný pro ergoterapeutickou praxi a jeho zařazení do české ergoterapie by s sebou přineslo pozitiva.

## 5 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AKSELRUD, Robin. *Quintessential Occupational Therapy: A Guide to Areas of Practice*. Thorofare: SLACK, Incorporated, 2023. ISBN 9781630918217.

BEATON, Dorcas E; BOMBARDIER, Claire; GUILLEMIN, Francis a FERRAZ, Marcos Bosi. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Online. *Spine (Philadelphia, Pa. 1976)*. 2000, roč. 25, č. 24, s. 3186-3191. ISSN 0362-2436. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>. [cit. 2023-10-11].

BORTNICK, Kevin. *Occupational therapy assessment for older adults: 100 instruments for measuring occupational performance*. Thorofare, New Jersey: SLACK Incorporated, 2017. ISBN 1-63091-359-6.

BOWLING, Ann. Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. Online. *Journal of public health (Oxford, England)*. 2005, roč. 27, č. 3, s. 281-291. ISSN 1741-3842. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdi031>. [cit. 2023-11-20].

COHEN, Sheldon; KAMARCK, Tom a MERMELSTEIN, Robin. A Global Measure of Perceived Stress. Online. *Journal of health and social behavior*. 1983, roč. 24, č. 4, s.

CREEK, Jennifer. *The core concepts of occupational therapy a dynamic framework for practice*. London: Jessica Kingsley, 2010. ISBN 9780857003621.

CREPEAU, Elizabeth Blesedell; COHN, Ellen S.; SCHELL, Barbara A. Boyt a WILLARD, Helen S. *Willard & Spackman's occupational therapy*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, c2009. ISBN 978-0-7817-6004-1.

Česká asociace ergoterapeutů. Online. 2008. Dostupné z: <https://ergoterapie.cz/>. [cit. 2023-10-09].

DHAS, Brightlin Nithis a Petra WAGMAN. Occupational balance from a clinical perspective. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2022, 2022-07-04, 29(5), 373-379 [cit. 2022-06-28]. ISSN 1103-8128. Dostupné z: [doi:10.1080/11038128.2020.1865450](https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1865450)

DUJAILI, Juman Abdulelah; SULAIMAN, Syed Azhar Syed; AWAISU, Ahmed; HASSALI, Mohamed Azmi; BLEBIL, Ali Qais et al. Comparability of Interviewer-Administration Versus Self-Administration of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Tuberculosis (FACIT-TB) Health-Related Quality of Life Questionnaire in Pulmonary Tuberculosis Patients. Online. *Pulmonary therapy*. 2016, roč. 2, č. 1, s. 127-137. ISSN 2364-1754. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s41030-016-0016-0>. [cit. 2023-11-20].

DÜR, Mona; STEINER, Günter; FIALKA-MOSER, Veronika; KAUTZKY-WILLER, Alexandra; DEJACO, Clemens et al. Development of a new occupational balance-questionnaire: incorporating the perspectives of patients and healthy people in the design of a self-reported occupational balance outcome instrument. Online. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2014, roč. 12, č. 1, s. 11. ISSN 1477-7525. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-45>. [cit. 2022-06-28].

EAKMAN, Aaron M. a EKLUND, Mona. Reliability and structural validity of an assessment of occupational value. Online. *Scandinavian journal of occupational therapy*. 2011, roč. 18, č. 3, s. 231-240. ISSN 1103-8128. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/11038128.2010.521948>. [cit. 2023-11-08].

EIDE, Arne H.; JOSEPHSSON, Staffan a VIK, Kjersti. *Participation in Health and Welfare Services: Professional Concepts and Lived Experience*. Online. London: Routledge, 2017. ISBN 9781315628554. Dostupné z: <https://doi.org/10.4324/9781315628554>. [cit. 2023-10-09].

EKLUND, Mona, Kristina ORBAN, Elisabeth ARGENTZELL, Ulrika BEJERHOLM, Carina TJÖRNSTRAND, Lena-Karin ERLANDSSON a Carita HÅKANSSON. The linkage between patterns of daily occupations and occupational balance: Applications within occupational science and occupational therapy practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2016, 24(1), 41-56 [cit. 2022-06-28]. ISSN 1103-8128. Dostupné z: [doi:10.1080/11038128.2016.1224271](https://doi.org/10.1080/11038128.2016.1224271)

ERLANDSSON, Lena-karin, Mona EKLUND a Dennis PERSSON. Occupational value and relationships to meaning and health: Elaborations of the ValMO-model. *Scandinavian journal of occupational therapy* [online]. England: Informa Healthcare, 2011, 18(1), 72-80 [cit. 2023-02-07]. ISSN 1103-8128. Dostupné z: [doi:10.3109/11038121003671619](https://doi.org/10.3109/11038121003671619)

FIELDS, Beth a SMALLFIELD, Stacy. Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults With Chronic Conditions. Online. *The American Journal of Occupational Therapy*. Roč. 76, č. 2. Dostupné z: <https://doi.org/10.5104/ajot.2022/762001>. [cit. 2023-11-10].

GRAYBIEL, Ann M. Habits, Rituals, and the Evaluative Brain. Online. *Annual review of neuroscience*. 2008, roč. 31, č. 1, s. 359-387. ISSN 0147-006X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.29.051605.112851>. [cit. 2023-10-14].

GREEN, Dido. *Participation: optimising outcomes in childhood-onset neurodisability*. Online. London, England: Mac Keith Press, 2020. ISBN 1-911612-18-2. Dostupné z: [https://web.s.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzI0MTM5MDNfX0FO0?s\\_id=fa46fd60-9eea-48b6-92f7-845d20353f65@redis&vid=2&format=EB&rid=1](https://web.s.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzI0MTM5MDNfX0FO0?s_id=fa46fd60-9eea-48b6-92f7-845d20353f65@redis&vid=2&format=EB&rid=1). [cit. 2023-11-03].

HÅKANSSON, Carita; WAGMAN, Petra a HAGELL, Peter. Construct validity of a revised version of the Occupational Balance Questionnaire. Online. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2020, roč. 27, č. 6, s. 441-449. ISSN 1103-8128. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/11038128.2019.1660801>. [cit. 2022-06-28].

HÅKANSSON, Carita a AHLBORG, Gunnar. Occupational imbalance and the role of perceived stress in predicting stress-related disorders. Online. *Scandinavian journal of occupational therapy*. 2018, roč. 25, č. 4, s. 278-287. ISSN 1103-8128. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1298666>. [cit. 2023-10-16].

HÅKANSSON, Carita, Synneve DAHLIN-IVANOFF a Ulla SONN. Achieving Balance In Everyday Life. *Journal of occupational science* [online]. Taylor & Francis Group, 2006,

13(1), 74-82 [cit. 2023-01-11]. ISSN 1442-7591. Dostupné z:  
doi:10.1080/14427591.2006.9686572

HATTJAR, Bernadette. *Fundamentals of occupational therapy: an introduction to the profession*. Thorofare, New Jersey: SLACK Incorporated, 2019. ISBN 9781630916572.

HEMPHILL-PEARSON, Barbara J. *Assessments in occupational therapy mental health: an integrative approach*. 2nd ed. Thorofare, NJ: SLACK, c2008. ISBN 978-1-55642-773-2.

HERNANDEZ, Raymond; SCHNEIDER, Stefan; WAGMAN, Petra; HÅKANSSON, Carita; SPRUIJT-METZ, Donna et al. Validity and Reliability of the Occupational Balance Questionnaire (OBQ11) in a U.S. Sample of Adults With Type 1 Diabetes. Online. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2023, roč. 77, č. 4. ISSN 0272-9490. Dostupné z: <https://doi.org/10.5014/ajot.2023.050173>. [cit. 2023-11-03].

CHRISTIANSEN, Charles H., Elizabeth A. TOWNSEND, Nicholas SCHNEIDER, Elizabethw ELIZABETH a Mark VOIT. *Introduction to Occupation: The Art and Science of Living*. the USA: Prentice Hall, 2003. ISBN 0-13-013303-5.

JASON, Leonard A.; TIMPO, Phyllis; PORTER, Nicole; HERRINGTON, Joshua; BROWN, Molly et al. Activity logs as a measure of daily activity among patients with chronic fatigue syndrome. Online. *Journal of mental health (Abingdon, England)*. 2009, roč. 18, č. 6, s. 549-556. ISSN 0963-8237. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/09638230903191249>. [cit. 2023-10-13].

JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.

*Jönköping University*. Online. In: Ju.se. 2015, 2020-11-13. Dostupné z:  
<https://ju.se/personinfo.html?sign=WaPe&lang=en>. [cit. 2023-10-24].

JUDIT, Fernández-Solano Ana; ANTONIO, Merchán-Baeza Jose; MARIA, Rodriguez-bailón a AARON, Eakman. Translation and Cultural Adaptation into Spanish of the Engagement in Meaningful Activities Survey. Online. *Occupational therapy international*. 2022, roč. 2022, č. 2022, s. 4492582-7. ISSN 0966-7903. Dostupné z:  
<https://doi.org/10.1155/2022/4492582>. [cit. 2023-11-08].

KIELHOFNER, Gary. *Model of Human Occupation*. 4. the USA: the Point, 2008. ISBN 0-7817-6996-5.

KIELHOFNER, Gary. *Model of Human Occupation*. 4. The USA: the Point, 2008. ISBN 0-7817-6996-5.385-396. ISSN 0022-1465. Dostupné z: <https://doi.org/10.2307/2136404>. [cit. 2023-11-03].



KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária a ANGEROVÁ, Yvona. Self-awareness and its evaluation in patients after acquired brain injury. Online. *Kontakt*. 2021, roč. 23, č. 3, s. 193-199. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <https://doi.org/10.32725/kont.2021.027>. [cit. 2023-11-06].

LAPOSHA, Isabelle a Stacy SMALLFIELD. Examining the Occupational Therapy Definition of Self-Care: A Scoping Review. *Occupational therapy in health care* [online]. England: Taylor & Francis, 2020, 34(2), 99-115 [cit. 2023-11-04]. ISSN 0738-0577. Dostupné z: doi:10.1080/07380577.2019.1703238

LETTS, Lori; RIGBY, Patty a STEWART, Derra. *Using environments to enable occupational performance*. USA: Slack, 2003. ISBN 1-55642-578-3.

*Lund University Research Portal*. Online. In: Lund University Research Portal. 2023. Dostupné z: <https://portal.research.lu.se/en/persons/carita-h%C3%A5kansson>. [cit. 2023-10-24].

MATUSKA, Kathleen. Description and Development of the Life Balance Inventory. *SAGE journals* [online]. 2011, 32(1), 2020-228 [cit. 2023-01-11]. Dostupné z: doi:<https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.3928/15394492-20110610>-

MERIANO, Catherine a LATELLA, Donna. *Occupational therapy interventions: function and occupations*. Second edition. Thorofare, NJ: Slack Incorporated, 2016. ISBN 978-1-6171-1055-9.

*Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1587-2.

*MindTools*. Online. MindTools. 2023. Dostupné z: <https://www.mindtools.com/a52felv/activity-logs>. [cit. 2023-10-13].

MOLINEUX, Matthew. *A dictionary of occupational science and occupational therapy* [online]. Oxford: Oxford University Press, 2017 [cit. 2023-01-11]. ISBN 9780191773624. Dostupné z: [https://ki.primo.exlibrisgroup.com/permalink/46KIB\\_INST/188gqv9/alma99106852302336](https://ki.primo.exlibrisgroup.com/permalink/46KIB_INST/188gqv9/alma99106852302336)

PARK, Sangmi; LEE, Hae Jong; JEON, Byoung-jin; YOO, Eun-young; KIM, Jong-bae et al. Effects of occupational balance on subjective health, quality of life, and health-related variables in community-dwelling older adults: A structural equation modeling approach. Online. *PloS one*. 2021, roč. 16, č. 2, s. e0246887-e0246887. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246887>. [cit. 2023-11-13].

PILEGAARD, Marc Sampedro, Helle TIMM, Heidi Klit BIRKEMOSE, Sandra Bakkegaard DUPONT, Dorthe Soested JOERGENSEN a Karen LA COUR. A resource-oriented intervention addressing balance in everyday activities and quality of life in people with advanced cancer: protocol for a feasibility study. *Pilot and Feasibility Studies* [online]. 2022,

8(1), 415-420 [cit. 2022-06-29]. ISSN 2055-5784. Dostupné z: doi:10.1186/s40814-022-01038-8

RADOMSKI, Mary Vining a TROMBLY, Catherine A. *Occupational therapy for physical dysfunction*. 7th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 2014. ISBN 978-1-4511-8921-6.

ST. CATHERINE UNIVERSITY. *Life Balance Inventory*. Online. LBI Survey. 2009. Dostupné z: <https://minerva.stkate.edu/LBI.nsf>. [cit. 2023-10-11].

ŠVESTKOVÁ, Olga a Kateřina SVĚCENÁ. *Ergoterapie: skripta pro studenty bakalářského oboru Ergoterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy*. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, [2013]. ISBN 978-80-260-4100-9.

VAGNI, Giacomo a Benjamin CORNWELL. *Patterns of everyday activities across social contexts* [online]. 30.5. 2018 [cit. 2022-11-23]. Dostupné z: doi:115 (24) 6183-6188

VIDAÑA-MOYA, Laura, Mona EKLUND, Jose Antonio MERCHÁN-BAEZA, Paula PERAL-GÓMEZ, Inmaculada ZANGO-MARTÍN a Jenny HULTQVIST. Cross-Cultural Adaptation, Validation and Reliability of the Spanish Satisfaction with Daily Occupations-Occupational Balance (SDO-OB): An Evaluation Tool for People with Mental Disorders. *International journal of environmental research and public health* [online]. Switzerland: MDPI, 2020, **17**(23), 8906 [cit. 2023-02-12]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph17238906

WAGMAN, Petra a Carita HÅKANSSON. Introducing the Occupational Balance Questionnaire (OBQ). *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2014, **21**(3), 227-231 [cit. 2022-11-27]. Dostupné z: doi:<https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.3109/11038128.2014.900571>

WAGMAN, Petra; HÅKANSSON, Carita a BJÖRKLUND, Anita. Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis. Online. *Scandinavian journal of occupational therapy*. 2012, roč. 19, č. 4, s. 322-327. ISSN 1103-8128. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.596219>. [cit. 2023-11-20].

WAGMAN, Petra; HJÄRTHAG, Fredrik; HÅKANSSON, Carita; HEDIN, Katarina a GUNNARSSON, A. Birgitta. Factors associated with higher occupational balance in people with anxiety and/or depression who require occupational therapy treatment. Online. *Scandinavian journal of occupational therapy*. 2021, roč. 28, č. 6, s. 426-432. ISSN 1103-8128. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/11038128.2019.1693626>. [cit. 2023-11-03].

WILD, Diane, Alyson GROVE, Mona MARTIN, Sonya EREMENCO, Sandra MCELROY, Aneesa VERJEE-LORENZ a Pennifer ERIKSON. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health* [online]. 2005, **8**(2), 94-104 [cit. 2022-11-20]. ISSN 10983015. Dostupné z: doi:10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x

*World Federation of Occupational Therapists*. Online. 2002. Dostupné z: <https://wfot.org/>. [cit. 2023-11-03].

YAZDANI, Farzaneh; HARB, Alia; RASSAFIANI, Mehdi; NOBAKHT, Laya a YAZDANI, Nastaran. Occupational therapists' perception of the concept of occupational balance. Online. *Scandinavian journal of occupational therapy*. 2018, roč. 25, č. 4, s. 288-297. ISSN 1103-8128. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1325934>. [cit. 2023-10-16].

ZEMKE, Ruth a Clark FLORENCE. *Occupational science: the evolving discipline*. Philadelphia: FA Davis, 1996. ISBN 0-8036-0138-7.

## 6 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obr. č. 1 *Spirála zaměstnávání (ValMO)*; na str. 18

## 7 SEZNAM ZKRATEK

a. - arteria

AA - alergologická anamnéza

ACM - arteria cerebri media

ACA - arteria cerebri anterior

ACTRE - Activity record

ADD - adduktor

ADL - activities of daily living

AOTA - American Occupational Therapy Associations

b - bod

bil. - bilaterálně

BP - bakalářská práce

bpn - bez patologického nálezu

CIMT - Constraint Induced Movement Therapy

CMP - cévní mozková příhoda

CTT - Classic Test Theory

č. - číslo

DF - dorzální flexe

DMO - dětská mozková obrna

DS - denní stacionář

dx. - dexter

EMAS - Engagement in Meaningful Activities Survey

EXT - extenze

FA - farmakologická anamnéza

FLX - flexe

HK - horní končetina

HKK - horní končetiny

iADL - instrumental activities of daily living

iCMP - ischemická cévní mozková příhoda

ID - invalidní důchod

IVIG - intravénozní imunoglobulin

JM - jemná motorika

KRL - Klinika rehabilitačního lékařství

lat. - lateris

LBI - Life Balance Inventory

LF - lékařská fakulta

LHK - levá horní končetina

lig. - ligamentum

MKF - Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

MOHO - Model of Human Occupation

MŠ - mateřská škola

MTC - metakarp

např. - například

nar. - narozen

NK - natural killer buňky (subpopulace lymfocytů)  
NO - nynější onemocnění  
OA - osobní anamnéza  
OBQ11 - Occupational Balance Questionnaire 11  
Obr. - obrázek  
OSVČ - osoba samostatně výdělečně činná  
PA - pracovní anamnéza  
pADL - personal activities of daily living  
PEO - model Person-Environment-Occupation  
PHK - pravá horní končetina  
r. - rok  
RD - rodinný dům  
RMT - Rasch measurement theory  
SA - sociální anamnéza  
SAK - subarachnoidální krvácení  
SDO - Satisfaction with Daily Occupations  
SDO-OB - Satisfaction with Daily Occupations and Occupational Balance  
sin. - sinister  
SOU - střední odborné učiliště  
SŠ - střední škola  
str. - strana  
sv. - svalová  
ŠA - školní anamnéza  
TA - toxikologická anamnéza  
trans. - transversum  
UK - Univerzita Karlova  
UKAŽ - centrální vyhledávač Univerzity Karlovy od A do Ž  
ValMo - Value and Meaning in Occupation  
VFN - Všeobecná fakultní nemocnice  
VŠ - vysoká škola  
zkr. - zkrácené  
ZTP - průkaz pro osoby zdravotně postižené

## **8 SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 - Česká verze dotazníku OBQ11

Příloha č. 2 - Informovaný souhlas pacienta - vzor

Příloha č. 3 - Kazuistika č. 1

Příloha č. 4 - Kazustika č. 2

Příloha č. 5 - Kazustika č. 3

Příloha č. 6 - Kazustika č. 4

Příloha č. 7 - Kazustika č. 5

Příloha č. 8 - Kazustika č. 6

## 9 PŘÍLOHY

### Příloha č. 1 - Česká verze dotazníku OBQ11

#### Dotazník rovnováhy zaměstnávání (OBQ11)

(Carita Håkansson a Petra Wagman)

1. Cítím, že v typickém týdnu je věcí, které je třeba udělat, tak akorát.

Silně nesouhlasím    Nesouhlasím    Souhlasím    Silně souhlasím

2. Mám rovnováhu mezi aktivitami, které dělám pro sebe, a které dělám pro ostatní.

Silně nesouhlasím    Nesouhlasím    Souhlasím    Silně souhlasím

3. Dávám si pozor, že dělám věci, které opravdu dělat chci.

Silně nesouhlasím    Nesouhlasím    Souhlasím    Silně souhlasím

4. Udržuji rovnováhu mezi různými druhy aktivit ve svém životě, př. práce, domácí práce, volnočasové aktivity, odpočinek a spánek.

Silně nesouhlasím    Nesouhlasím    Souhlasím    Silně souhlasím

5. Mám dostatek času na věci, které musím dělat.

Silně nesouhlasím    Nesouhlasím    Souhlasím    Silně souhlasím

6. Mám rovnováhu mezi svými fyzickými, společenskými, intelektuálními a relaxačními aktivitami.

Silně nesouhlasím    Nesouhlasím    Souhlasím    Silně souhlasím

7. Jsem spokojený/á s množstvím času, který věnuji různým každodenním činnostem.

Silně nesouhlasím    Nesouhlasím    Souhlasím    Silně souhlasím

8. Jsem spokojený/á s počtem aktivit, kterých se účastním v běžném týdnu.

Silně nesouhlasím    Nesouhlasím    Souhlasím    Silně souhlasím

9. Mezi věcmi, které musím dělat a které chci dělat, je dostatečná obměna (variace).

Silně nesouhlasím    Nesouhlasím    Souhlasím    Silně souhlasím

10. Mezi aktivitami, které mi energii dodávají a těmi, které mi energii berou, je rovnováha.

Silně nesouhlasím    Nesouhlasím    Souhlasím    Silně souhlasím

11. Jsem spokojený/á s množstvím času, který trávím odpočinkem, zotavováním a spánkem.

Silně nesouhlasím    Nesouhlasím    Souhlasím    Silně souhlasím



## **Příloha č. 2 - Informovaný souhlas pacienta – vzor**

### ***Informovaný souhlas pacienta***

Název bakalářské práce (dále jen BP):

Tato BP se zaměřuje na představení tématu senzorické modulace a seznámení se s podmínkami a možnostmi využití různých prvků, které z tohoto přístupu vychází, a to v ergoterapii při práci s pacienty v oblasti péče o duševní zdraví. Součástí BP je zpracování kazuisitky.

Součástí kazuisitky bude zpracování výsledků vstupního a výstupního ergoterapeutického vyšetření a informací získaných v průběhu rozhovorů či terapií.

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození:

Kazuistika pacienta pod číslem:

- 1) Já, níže podepsaný/á souhlasím s mou účastí v BP, jejíž výsledky budou anonymně zpracovány. Je mi více než 18 let a jsem svéprávný/svéprávná.
- 2) Byl/a jsem podrobně a srozumitelně informován/a o cíli BP a jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Byl mi vysvětlen očekávaný přínos BP.
- 3) Porozuměl/a jsem tomu, že svou účast v BP mohu kdykoliv přerušit či zcela zrušit, aniž by to jakkoliv ovlivnilo průběh mé další léčby. Moje spolupráce při tvorbě BP je dobrovolná.
- 4) Informace získané o mé osobě budou zpracovány a zveřejněny přísně anonymně. Souhlasím s publikováním anonymizovaných dat i jinde než v samotné BP.
- 5) S mou spoluprací při tvorbě BP není spojeno poskytnutí žádné finanční ani jiné odměny.
- 6) Obdržím podepsaný a datem opatřený stejnopis Informovaného souhlasu.

Datum:

Podpis pacienta:

Podpis autora BP:

## Příloha č. 3 - Kazuistika č. 1

- Žena, nar. 1991

### ANAMNÉZA

- **NO:** perioperační kardioembolizační iCMP (ACM dx. a ACA sin.) během gravidity (2/2022) – plod nepoškozen, ischemické změny ve více povodích (frontální, temporální, parietální a okcipitální), levostranná hemiparéza s maximem na akru
- **OA:** aortální insuficience unikuspidální chlopně, bioprotéza a resekce aneurysmatické ascendentní aorty s protézou, sekundární epilepsie, kombinovaná porucha imunity, anemie normocytární, migrény se zrakovou aurou (od dětství)
- **AA:** neguje
- **TA:** nekuřák, alkohol příležitostně, káva 1x denně, jiné drogy neguje
- **ŠA:** střední škola oděvní
- **PA:** nyní rodičovská dovolená, dříve pánské oblečení (prodejní asistentka a manažerka)
- **SA:** svobodná, žije s partnerem, dcera (nar. 9/19), syn (6/22), ID 2. stupeň, průkaz ZTP, nevyužívá sociální služby
  - **Bytová situace:**
    - bydlí s partnerem a dětmi v 1. patře dvougeneračního RD, v přízemí bydlí matka partnera
    - bariéry v exteriéru: schody - zvládá samostatně s pomocí hole a zábradlí
    - bariéry v interiéru: schody - zvládá samostatně s pomocí hole a zábradlí
- **Kompenzační pomůcky:** sedačka do vany, hůl, občasné mechanický vozík v exteriéru
- **Struktura dne:** Pacientka nemá zcela pravidelné dny kvůli častým návštěvám lékařů a rehabilitací. Vstává kolem 6:30, s rodinou mají snídani, společně s partnerem či partnerovo matkou připraví děti do MŠ. Od pondělí do pátku dochází do denního stacionáře na KRL 1. LF UK a VFN, kde má terapie a zúčastňuje se zde tréninku každodenních aktivit. Po 16. hodině se vrací domů, kde se věnuje dětem, stará se o domácnost, občas odpočívá během čtení oblíbených knih. Na večer společně s partnerem připravuje děti ke spánku, snaží se o pravidelné čtení pohádek dětem před spaním. Spánek má kvalitní.
- **Zájmy:** čtení, šití, dříve běh
- **Anamnéza bolesti:** neudává
- **Smysly:** korekce brýlemi, levostranná hemianopsie

- **Kognitivní a psychosociální funkce:** subjektivně udává potíže s krátkodobou pamětí a pozorností, deficit v oddáleném vybavení, přítomnost mírných depresivní a úzkostných symptomů, komunikace a spolupráce velmi dobrá
- **Řeč:** bez známek deficitu
- **Mobilita/lokomoce:** chůze s holí, v interiéru využívá zevní opory o zeď a zábradlí, supervize partnera, v exteriéru občas využívá mechanický vozík
- **Soběstačnost:**
  - **pADL:** nutná dopomoc při zapínání knoflíků a vázání tkaniček, stříhání nehtů, děláni culíku. Ostatní položky pADL zvládne samostatně.
  - **iADL:** nutná dopomoc při přípravě náročnějších receptů, nákup zajišťuje parter. Ostatní položky iADL zvládne samostatně.
- **Celkový počet získaných bodů v Barthel indexu:** 80 bodů = závislost lehčího stupně
- **Funkční hodnocení HKK:**
  - dominance: PHK
  - patologie: LHK
    - držení: flekční
    - taxe: nepřesná
    - spasticita: přítomna
    - rozsah aktivních pohybů: omezený
    - rozsah pasivních pohybů: omezený
    - provedení úchopů: provede všechny typy úchopů se sníženou rychlostí
  - citlivost: v normě

## Příloha č. 4 - Kazuistika č. 2

- muž, nar. 1970

### ANAMNÉZA

- **Diagnóza:** iCMP s hemiparézou (12/2021)
- **OA:** diabetes mellitus 2. typ, coxalgie sin., omalgie bilat.
- **FA:** Trombox, Glyclada, Pantoprazol, Rosucard, Prestarium, Tresiba
- **AA:** acylpyrin, kiwi
- **TA:** elektronické cigarety
- **ŠA:** SŠ s maturitou, obor: ekonomická
- **PA:** OSVČ - jednatel ve své společnosti; náplň práce: práce na počítači, komunikace s lidmi
- **SA:** ženatý, 2 děti, žije s rodinou v RD, 5 schodů, vana
  - **Bytová situace:**
    - 5 schodů před domem
    - vana i sprcha, raději užívá sprchu (má sedačku do sprchy, ale nevyužívá)
  - **Struktura dne:** Pacient má každý den odlišný, aktivity v jeho dnech jsou tedy minimálně pravidelné. Nelze tedy popsat jeho typický den. Pokud je v práci, mnohdy dělá i přesčasy, vrací se na večer a po osobní hygieně občas čte noviny, ale brzy usíná. Ve dnech volna se účastní malého počtu aktivit. Především odpočívá, čte noviny, nebo zajde na oběd k rodinným příslušníkům či na procházku. Spánek hodnotí jako kvalitní.
  - **Zájmy:** dříve plavání a taichi, nyní především procházky
  - **Cíl pacienta:** úchop strun na kytaru, psaní na klávesnici - nácvik JM, snížení otoku, zlepšit LHK pro plavání, zvýšení svalové síly
  - **Anamnéza bolesti:** krční páteř (15 let), HK v oblasti lokte při pohybu, bolest kolene
  - **Smysly:** brýle na dálku
  - **Kognitivní a psychosociální funkce:** neudává subjektivní obtíže, psychomotorické tempo dobré, spolupráce dobrá, výkon ve všech kognitivních doménách v normě, náhled na obtíže zachován
  - **Kompenzační pomůcky:** vycházková hůl, sedačka do sprchy (nepoužívá)
  - **Soběstačnost:**
    - **pADL:** problém dělá umývání, ale zvládá samostatně; dále krájení - zvládne jen PHK; ostatní pADL zvládá bez obtíží

- **iADL:** vše zvládá samostatně, problém při užívání blinkru během řízení
- **Celkový počet získaných bodů v Barthel indexu:** 100/100 b = nezávislý
- **Funkční hodnocení HKK:**
  - Dominance: PHK
  - Patologie: LHK – hemiparéza
  - Vzhled: Mírný otok v oblasti prstů
  - Taxe: přesná
  - Diadochokinéza: nelze pro omezení pohybu
  - Aktivní rozsahy pohybu: omezeny na LHK - supinace, DF zápěstí, opozice palce, nelze ADD prstů
  - Funkční rozsahy: provede, avšak v minimální kvalitě
  - Pasivní rozsahy pohybu: neomezeny
  - Spasticita: přítomna
  - Úchop: provede všechny typy úchopů, avšak drobné s velkými obtížemi, koordinace a manipulace s předměty narušena
  - Síla stisku: výrazně oslabena na LHK
  - Citlivost:
    - Povrchové cití: normostézie, hyperstézie konečků prstů a dlaně
    - Hluboké cití: normostézie
    - Subjektivně udává pocit opařené ruky, zejména v konečcích prstů na dlani

## Příloha č. 5 - Kazuistika č. 3

- muž, nar. 1977

### ANAMNÉZA

- **NO:** chabá kvadruparéza s akcentací postižení akrálně - především na HKK - postupně progredující od r. 2001, mononeuropatia multiplex s dominujícím demyelizačním postižením - zejména na motorických nervech, se sekundárním axonálním postižením (etiologicky dysimunitní neuropatie)
- **OA:** psoriasis capilitii et inversa, neurolipomata, operace varikokely lat. sin. (1986)
- **FA:** terapie intravenózních imunoglobulinů a NK buněk (IVIG a NK)
- **AA:** neguje
- **TA:** doutník každý den
- **ŠA:** VŠ - obor fyzika
- **PA:** řídí firmu, 70 % času pracuje na počítači (využívá trackpad, PHK zvládá pracovat 1 prstem, na LHK 2-3- prsty), manipulace s telefonem - jedna ruka drží druhá ovládá; pracuje na plný úvazek a zvládá i přesčasy
- **SA:** ženatý, 2 dcery
  - **Bytová situace:** byt ve 2. patře, využívá výtah, nemusí zdolávat schody
- **Anamnéza bolesti:** neudává
- **Struktura dne:** vstává kolem 6:30, snídaně, odchod do práce (většinou končí v 16.-17. hod.), odpoledne dodělává věci do práce nebo cvičí z rehabilitací, jóga, 3x týdně chodí plavat, 1x za měsíc akupunktura, 1x za měsíc terapie IVIG a NK, chodí spát kolem 23. hod., spánek kvalitní
- **Zájmy:** šachy, čtení knih, jóga
- **Cíl pacienta:** zlepšení JM HKK
- **Smysly:** v normě, brýle na čtení nebo občas na počítači
- **Kognitivní a psychosociální funkce:** v normě
- **Mobilita/Lokomoce:** bez kompenzační pomůcky, horší stereotyp chůze - zakopává o špičku (denně ujde cca 5 km)
- **Soběstačnost:** plně soběstačný ve všech pADL a iADL
- **Celkový počet získaných bodů v Barthel indexu:** 100/100 = nezávislý
- **Kompenzační pomůcky:** nevyužívá žádné
- **Funkční hodnocení HKK:**

- dominance: PHK
- patologie: LHK, PHK
- vzhled: dominující hypotrofie svalů thenaru a hypothenaru, interosseálních svalů
- úchopy:
  - provede všechny typy, ale modifikovaně, pomaleji a diskoordinovaně
  - kvůli snížené sv. síle zapojuje svaly celých HKK a trupu
  - síla stisku lehce snížená
  - grafomotorika: PHK modifikovaný úchop tužky
- držení: hypermobilita kloubů
- taxe: nepřesná (kvůli oslabení svalů), drobný tremor, brnění
- rozsahy pohybů:
  - aktivní: neomezené v ramenním kloubu na obou HKK
  - pasivní: plné rozsahy ve všech klubech obou HKK
  - PHK: prsty nejdou do plné EXT, opozice neúplná (pouze k 2. a 3 prstu)
  - LHK: prsty FLX i EXT zvládnou
- citlivost: obě HKK normostézie všech kvalit čítí

## Příloha č. 6 - Kazuistika č. 4

- žena, nar. 1983

### ANAMNÉZA

- **NO:** Diagnóza: kraniocerebrální poranění po autonehodě (9/2009) - difúzní axon. poranění, hemocefalus, centrální kvadruparéza s pravostrannou převahou, organický psychosyndrom
- **ŠA:** SOU - obor kadeřnice
- **PA:** OSVČ - kadeřnice
- **SA:** svobodná, bezdětná, žije ve sdílené domácnosti s matkou, aktuálně plný ID, příspěvek na péči IV. stupně
  - **Bytová situace:** bezbariérový městský byt, v přízemí, 5 schodů - před domem vyřešeno vertikální plošinou, koupelna bez bariér - sprcha
- **Struktura dne:** Pacientka vstává v 8 hodin. Připravuje snídani s matkou, kterou pak společně snědí. Často sleduje ranní pořad v televizi a poté cvičí na motomedu nebo odpočívá. V době oběda pomáhá matce prostřít stůl, občas se také podílí na přípravě jídla. Odpoledne tráví buď cvičením na motomedu, protahováním HKK, procházkou s matkou, malováním nebo časem s návštěvou. Večer sleduje televizi a chodí spát kolem 9. hodiny.
- **Zájmy:** poslech hudby, karty, malování
- **Kognitivní a psychosociální funkce:** porucha paměti a kontrolování emocí, dysexekutivní syndrom- emoční výbuchy, problém s iniciací, dokončení aktivit a motivací, časté změny nálad
- **Cíle pacienta:** zapojení do běžných aktivit, zdravější stravování - zařazení více ovoce a zeleniny do jídelníčku, držení správného sedu na mechanickém vozíku
- **Mobilita:** Pacientka se pohybuje na mechanickém vozíku s jednoručním ovládním - samostatně jen v bytě, v exteriéru potřebuje dopomoc druhé osoby. Přesuny zvládá s výraznou dopomocí druhé osoby. Sed je nestabilní, pacientka má výrazné kyfotické držení a předsun hlavy, úklon na levou stranu, podsazení pánve. Nevydržení delší dobu sedět narovnaná.
- **Soběstačnost:**
  - **pADL:**
    - jedení zvládá LHK, ale s dopomocí - nutné předkrájet
    - k oblékání potřebuje dopomoc ve všech položkách



- nutná dopomoc s použitím toalety a s přesuny
- osobní hygienu zvládá samostatně
- **iADL:**
  - vykonává rodina
- **Celkový počet získaných bodů v Barthel indexu:** 35 bodů = vysoce závislý v základních všedních činnostech
- **Kompenzační pomůcky:** mechanický vozík s hemi ovládním, elektrická sedačka do vany, sedačka do sprchového koutu, nástavec na toaletu, sklopné madlo toaletu
- **Funkční hodnocení HKK:**
  - Dominance: PHK
  - Patologie: PHK (LHK ve všech oblastech v normě)
  - PHK: dystonické držení - FLX prstů, FLX lokte, pronace, taxe nelze provést, rozsahy pohybů jsou pasivně protažitelné, přítomná spasticita

## Příloha č. 7 - Kazuistika č. 5

- muž, nar. 1979

### ANAMNÉZA

- **Diagnóza:** subarachnoidální krvácení (SAK) z aneurysmatu a. basilaris s rozsáhlým hematoencefal (4/2016)
- **OA:** maligní edém mozku, dekompresní kraniotomie
- **AA:** neguje
- **FA:** Cipralel, Rivotril, vitamin D
- **TA:** nepije alkohol, nekouří - dříve kouřil 3-5 cigaret denně, káva 1x denně
- **SA:** svobodný, bezdětný, žije s rodiči v rodinném bezbariérovém domě, pobírá ID III. stupně a příspěvek na péči
- **ŠA:** SŠ s maturitou - obor kuchař
- **PA:** před příhodou pracoval jako kuchař v jídelně
- **Smysly:** zrak v normě, nestěžuje si na diplopii či výpadky zorného pole, barvocit zachován; sluch na komunikační vzdálenost bez potíží
  - **Bytová situace:** patrový rodinný dům, pacient patro nevyužívá - nemusí tak zdolávat schody; bariéry: toaleta, nízké umyvadlo, přesuny mezi jednotlivými místnostmi; zatím bez úprav
- **Anamnéza bolesti:** neguje
- **Struktura dne:** Pacient vstává kolem 8. hodiny, snídá, sleduje televizi, odpoledne tráví čas na zahradě - krmí holuby a slepice, poslouchá rádio, chodí spát kolem 21. hodiny; spánek kvalitní; 3x týdně má domácí péči - cvičení, chůze v chodítku
- **Mobilita:** pohybuje se na mechanickém vozíku ovládaném druhou osobou
- **Kompenzační pomůcky:** mechanický vozík, polohovací postel, toaletní křeslo, močová láhev, chodítko
- **Zájmy:** rybaření, chov holubů
- **Kognitivní a psychosociální funkce:** neudává subjektivní obtíže, spolupráce dobrá, zpomalené psychomotorické tempo, oslabená schopnost učení, narušená vizuopercepce a vizuokonstrukce (na podkladě narušené grafomotoriky), mírně narušen náhled na své zdravotní potíže
- **Řeč:** exprese: dysartrie, omezení kvůli tracheostomii, porozumění: bpn
- **Cíle pacienta:** jedení, chůze
- **Soběstačnost:**

- **pADL:**
  - plně závislý na dopomoc při jedení, koupání (probíhá na posteli), osobní hygieně, použití toalety a při přesunech
  - s dopomocí se zvládne obléci sám
  - plně kontinentní
- **iADL:**
  - k funkční komunikaci využívá tablet
  - u jednotlivých léků ví časy užívání;
  - ostatní iADL provádí rodina
- **Celkový počet získaných bodů v Barthel indexu:** 25/100 = vysoce závislý v základních všedních činnostech
- **Funkční hodnocení HKK:**
  - Dominance: PHK
  - Patologie: PHK, LHK
  - Těžká ataxie na obou HKK
  - Adiachokinéza
  - Aktivní i pasivní rozsahy pohybů: neomezené na obou HKK
  - Funkční rozsahy pohybů: všechny provede dobře
  - Úchop: vážnou drobné a dynamické úchopy; narušená manipulace a koordinace
  - Síla stisku: v normě
  - Citlivost: zachována ve všech kvalitách čítí

## Příloha č. 8 - Kazuistika č. 6

- muž, nar. 2003

### ANAMNÉZA

- **Diagnóza:** DMO spastická kvadruplegie
- **OA:** terapie kortikoidy, úrazy nebyly, operace (12/2021) - discise lig. carpi trans. volare sin., odpojení ADD I od MTC III a os capitatum sin. extrakce K drátu ze zápěstí sin. (uvolnění zkr. flexorů zápěstí, prstů a supinátorů)
- **SA:** svobodný, žije s rodiči, pobírá invalidní důchod III. stupně
- **Bytová situace:** žije v 1. patře rodinného domu s rodiči
- **Bariéry v interiéru:** schody, vana, toaleta, prahy, auto bez bariér
- **ŠPA:** obchodní škola při Jedličkově ústavě, nyní maturitní obor sociální činnost při Jedličkově ústavě
- **FA:** neguje
- **TA:** alkohol příležitostně, nekouří
- **AA:** neguje
- **Předchozí rehabilitace:** 1x ergoterapie, 1x fyzioterapie, 1x za 14 dní bazén, 1 x ročně lázeňský pobyt (Klimkovice, Janské Lázně)
- **Bolest:** občasná bolest zad
- **Struktura dne:** vstává kolem 6:30, provedení osobní hygieny, dopomoc s oblékáním vychovatelkou, přesun do školy, 8:00 - 14:00 škola, oběd většinou po škole, odpoledne tráví čas na intru - sledování televize, poslech muziky, občas autotréning úchopů, 1x týdně dochází do sboru; nekvalitní spánek - pociťuje často únavu
- **Zájmy:** poslech hudby, sledování televize, dřív natáčení videí, 1x týdně zpívání ve sboru, občas procházky s vychovatelkami
- **Kompenzační pomůcky:** mechanický vozík, elektrický vozík, polohovací postel, močová láhev, protiskluzová podložka na psaní
- **Mobilita:** na mechanickém vozíku zvládne v pomalém tempu cca 10 metrů, jinak nutná dopomoc, ve škole plně soběstačný - využívá elektrický vozík
- **Kognitivní funkce:** snížená motivace, lehce snížené psychomotorické tempo
- **Psychosociální funkce:** dobrá spolupráce
- **Soběstačnost:**
  - **pADL:**

- jedení: dopomoc s krájením, lžička, vidlička
- oblékání: samostatně tričko
- přesuny: mechanický vozík, přesuny dopomoc vždy
- mobilita: nutná dopomoc, samostatně zvládne v pomalém tempu cca 10 metrů, plně soběstačný na elektrickém vozíku
- osobní hygiena: nutná částečná dopomoc, používá elektrický kartáček - nutná dopomoc s nanesením pasty
- **iADL:**
  - používání počítače a mobilu: převažuje PHK, občas LHK
  - manipulace s penězi: nutná částečná dopomoc - přidržení peněženky; nevyužívá platební kartu
- **Funkční hodnocení HHK:**
  - dominance: PHK
  - patologie: PHK, LHK
  - svalový tonus: spasticita
  - jizvy, hypermobilita
  - občas parestézie v oblasti prstů
  - Citlivost: normostézie
  - Funkční rozsahy: PHK: provede, LHK: omezený rozsah pohybů; celkově pomalejší tempo
  - Svalová síla: PHK silnější stisk, LHK slabší stisk (vyšetření provedeno orientačně)
  - Úchopy: oběma HKK provede modifikovaným způsobem, PHK zvládne všechny typy úchopů modifikovaně, LHK drobné předměty nezvládá uchopit, zvládne se podepsat čitelně
  - Manipulace a koordinace: z LHK vypadávají předměty, při manipulaci v LHK dopomáhá PHK